



Belgique-België  
P.P  
5000 Namur 1  
BC  
5588

N° 25 - DÉCEMBRE 2010

# CONFLUENCES

REVUE DE L'INSTITUT WALLON POUR LA SANTÉ MENTALE

DOSSIER : DANS LA RUE





**Editeur responsable :**  
Christiane Bontemps

**Coordination :**  
Hélène Carpiaux  
Sylvie Gérard

**Secrétariat :**  
Muriel Genette

**Avec la contribution de :**  
Paul Jacques

**Illustrations :**  
Merci :

A Virginie Delattre ◀  
Aux Artistes Anonymes, ◀  
Clinique de Bonsecours

**Institut Wallon  
pour la Santé Mentale**

Rue Henri Lemaître, 78  
B-5000 Namur

☎ +32(0) 81 23 50 15

☎ +32(0) 81 23 50 16

✉ confluences@iwsmb.be

✉ iwsmb@iwsmb.be

🌐 www.iwsmb.be

**Réalisation :**

Pixfactory  
www.pixfactory.be

*L'année 2010 s'achève... Elle a marqué le secteur de son empreinte. Non pas qu'il y ait eu de bouleversement spectaculaire mais plutôt une confirmation de plus en plus nette qu'en santé mentale, les choses sont amenées à bouger, à s'inscrire dans un mouvement (économique, politique, social) beaucoup plus large qui, parfois, nous échappe. Entre le récent décret régional wallon qui régit les services de santé mentale et la réforme 107, les acteurs de psychiatrie et de santé mentale sentent, de manière de plus en plus marquée, qu'ils sont appelés à se repositionner. Non sans questionnement. Un questionnement propre au secteur. Inhérent aussi à l'évolution du monde car, de fait, les pratiques telles qu'elles sont proposées aujourd'hui posent questions quand à l'adéquation des besoins et de l'offre ; adéquation qui demande souplesse et innovation comme en témoigne notre dossier consacré à la souffrance psychosociale des personnes en situation de précarité mais aussi la capacité à pouvoir mettre en perspective une aide et un soin de plus en plus spécialisé tout en étant tenu de garder un abord généraliste dans un contexte de malaise ambiant diffus, multifactoriel ; en un mot : complexe.*

*Que pouvons-nous faire –que devons nous faire- chacun à notre niveau ? semblent s'interroger tantôt les institutions –en ce compris l'institution politique-, tantôt les praticiens de terrain.*

*Difficile de répondre à cette question en étant « le nez sur le guidon ». Ce n'est d'ailleurs sans doute pas un hasard si les réformes en cours entrent en vigueur au moment même où plusieurs services fêtent leur vingtième, trentième, voire quarantième anniversaire. Cette remise en perspective réactive, par cette autre lecture, les enjeux passés et à venir qui se posent à nous. Nous y consacrons une large part dans notre rubrique 'actualités' en faisant l'écho des réflexions qui ont nourri les festivités.*

*Un regard plus « macro » auquel s'adonne aussi, comme dans chaque numéro, une personnalité qui a fait partie de notre histoire de la santé mentale en Wallonie.*

*Notre dossier lui se penche sur un élément clé en 2010 puisque cette année a été décrétée «Année de lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté».*

*L'occasion de s'intéresser d'un peu plus près à la souffrance psychosociale des personnes en situation de grande précarité.*

*Un pays peut s'enorgueillir d'être dans le peloton de tête des pays dits développés, sa richesse, sa « modernité » ne fait pas l'économie d'une souffrance qui se manifeste de manière de plus en plus délétère tant en psychiatrie que dans les réseaux dits sociaux.*

*Nous avons cherché à comprendre la situation, à mettre en lumière les initiatives qui proposent des réponses et à souligner les pistes à explorer pour aller de l'avant...*

*Très bonne lecture*

*Christiane Bontemps, Sylvie Gérard*



## Actualités

- ▶ Les SSM en Wallonie - Tranches de vie  
*Christiane Bontemps* 2
- ▶ Formation sur les usages problématiques d'Internet et des jeux vidéo  
*Pascal Minotte* 8
- ▶ Rendez-vous sur iDA-Web  
*Julie Depireux* 10
- ▶ De la créativité, que diable !  
Rencontre avec Chantal Bastin – *Christiane Bontemps* 11
- ▶ Mémoires de psys  
*Sylvie Gérard* 14



## Dossier : Dans la rue

- ▶ Préface 15
- ▶ Un psychologue en rue : pour quoi faire ?  
*Grégoire Rodembourg* 16
- ▶ Santé mentale, pauvreté et précarité  
*Christian Laval* 18
- ▶ Comprendre la souffrance psycho-sociale  
*Marianne Prevost* 21
- ▶ Pour une Europe plus solidaire  
*Hélène Carpiaux* 24
- ▶ Rebirth  
*Arnaud* 27
- ▶ Paroles de sans-abri 28
- ▶ Mesurer le lien entre santé mentale et précarité ?  
*Anouck Billiet & Véronique Tellier* 30
- ▶ Exister à travers ses potentiels  
*Christine Mahy* 32
- ▶ Réseau social + santé  
*Irène Kremers* 34
- ▶ De la rue au logis, l'IHP est un chaînon de réinsertion  
*Christine Clarembaux & Julien Hubert* 36
- ▶ Marcher sur des œufs  
*Rencontre avec Charlotte Ducrotois* 38
- ▶ Des professionnels se rencontrent à la marge  
*Serge Zombek* 39
- ▶ Les dispositifs de logement... adaptés ?  
*Hélène Carpiaux* 42
- ▶ Le sans-abrisme au féminin ou la femme « invisible »  
*Emmanuel Condé* 44
- ▶ L'exil immobile  
*Emmanuel Nicolas* 46
- ▶ Repères et références bibliographiques 48





# Les services de santé mentale en Wallonie

## Tranches de vie

Au moment d'enfiler un « nouveau costume » dans le cadre du récent décret régional wallon<sup>1</sup>, nombre de services de santé mentale ont déjà dix, vingt, trente voire quarante ans « de carrière » en Wallonie. Certains d'entre eux ont voulu porter un regard sur leur action et partager leurs réflexions et leurs pratiques. L'occasion pour nous de parler de cet important travail de santé mentale ambulatoire qui s'est déployé dans nos régions pour soutenir des soins en santé mentale au plus près des gens. Une même dynamique qui se décline avec des couleurs locales...

Mis en forme par **Christiane BONTEMPS**, IWSM  
À partir des interventions proposées lors des journées d'anniversaire

### La vie est quotidienne

Avec en toile de fond l'expérience de « la santé mentale dans la cité » depuis 1970, le Club André Baillon proposait, pour son 40ème anniversaire, deux journées de réflexions<sup>2</sup> sur le thème : « Psychoses, parcours, rythmes : les cliniques plurielles et de proximité dans le milieu de vie » et une invitation à découvrir l'exposition d'œuvres de ses artistes au Grand Curtius.

*Quelle est la place de la folie dans la cité ?*, interroge le Dr Manuelle Krings en introduction aux journées. *Je veux dire par là, quelle place reste possible pour le citoyen avec sa singularité, dans les liens sociaux qu'il établit dans sa vie quotidienne, sur son lieu de travail ou sur les lieux d'apprentissage.* Elle poursuit en précisant que *Le Club A. Baillon se propose comme lieu d'accueil et de soins dans une pratique clinique à plusieurs. Il rassemble des personnes, soignants et soignés, qui tentent de donner à la folie, à l'insensé, une place qui soit compatible avec un sentiment d'existence suffisamment confortable tout en préservant à chacun sa place dans son milieu de vie.* Elle insiste aussi sur les enjeux d'une telle réflexion aujourd'hui. *A l'heure de la reconversion des dispositifs hospitaliers, nous ne pouvons faire l'économie de repenser à nouveaux frais l'institution, à même l'expérience et la clinique, sachant qu'en institution, penser, c'est déjà soigner.*

En référence à sa longue expérience, le temps d'arrêt proposé par l'asbl se devait d'interroger la pratique au travers de regards croisés de différentes approches

qui s'enrichissent mutuellement : psychanalyse, psychothérapie institutionnelle, ethnopsychiatrie, réseau, etc. D'autres structures, locales ou non, comparables ou non, se sont prêtées au jeu pour mettre en évidence tantôt la place de la concertation ou de la créativité, tantôt la nécessité du bricolage institutionnel ou thérapeutique. Mais aussi, la nécessaire complémentarité des acteurs, la place centrale de l'utilisateur, le travail à construire quels que soient les nœuds du passé, la nécessité de maintenir une pluralité d'opinions et une dialectique, ou encore, l'importance de la négociation permanente ou la continuité des soins.

A son niveau, le Club André Baillon<sup>3</sup> y participe sans conteste. Il est un des pionniers dans l'accueil et les soins psychiatriques inscrits dans la cité. Situé à Liège, il est né dans le sillage de mai 68, des mouvements anti-psychiatriques et de la psychothérapie institutionnelle et répond à la volonté de proposer aux « fous » et aux personnes en difficultés un espace de vie dans toute son accep-

tion. Pour y arriver, il rassemble en son sein différentes structures : un service de santé mentale, des habitations protégées, un service d'accompagnement dans le milieu de vie, un centre de réadaptation fonctionnelle, une mission spécifique consacrée aux migrants (Tabane) et une association d'usagers (SUN<sup>4</sup>). Son projet, via ces différentes formes d'aide, est d'offrir des espaces pour penser, comprendre, prévenir, agir, soigner, créer ensemble... avec celui qui le demande ; de proposer des endroits où des liens singuliers tissent des fils de solidarité, de réseaux de soins, de partages dans le quotidien. Tous ces lieux thérapeutiques forment un tissu social solide qui permet aux usagers de se tenir debout dans la dignité, le respect et de traverser les difficultés de la vie.

Du côté du SSM, le Club propose un dispositif d'accueil à destination des personnes aux prises avec des difficultés psychologiques, corrélées généralement à d'autres problématiques comme la désaffiliation, la dé-liaison sociale, les problèmes sociaux ou l'incapacité de prendre en charge ses besoins primaires. Ce dispositif vise à assurer une présence et un accompagnement permettant aux bénéficiaires de nouer un lien suffisamment sécurisant pour poursuivre et assumer leur trajectoire personnelle. Il s'agit de valider l'expérience de la personne, de l'accompagner dans l'élaboration d'une réponse à ses difficultés, dans la recherche d'une place au sein de la collectivité. Il s'agit aussi d'intervenir sur l'environnement pour que cet ancrage, à chaque fois singulier, soit possible. L'équipe pluridisciplinaire propose à la fois des prises en charge individuelles et des activités sociothérapeutiques. ●

Club André Baillon (SSM)  
Rue des Fontaines Roland, 7-9 - 4000 Liège  
04/221.18.50  
clubandrebaillon.csm@skynet.be  
http://clubandrebaillon.be

<sup>1</sup> Décret du 03 avril 2009.

<sup>2</sup> Le 1er et 2 octobre 2010 à Liège.

<sup>3</sup> André Baillon (1875-1932) est un écrivain belge dont l'œuvre est inspirée de sa vie, de ses souffrances psychiques et de ses séjours en hôpital psychiatrique. « La vie est quotidienne » est le titre d'une de ses œuvres (un recueil de contes poétiques).

<sup>4</sup> Soutien des Usagers en Neuropsychiatrie et en psychiatrie.

# Vieillir... et vivre

## 10 ans d'aide à nos aînés

Le 1er octobre dernier, le service de santé mentale « ANA »<sup>5</sup> partageait le fruit de son expérience menée depuis dix ans avec les aînés<sup>6</sup>. Quelle place occupent-ils aujourd'hui dans la société ? Que leur propose-t-on comme aide dans nos dispositifs de soins ? Que représentent-ils pour nous, les soignants ?

En Province de Namur, le secteur médico-social est une priorité, rappelait, à cette occasion, Madame Robert-Declercq du collège provincial. Pour atteindre ses objectifs de qualité, l'Offre de soins s'envisage dans l'articulation des secteurs. Il s'agit de soutenir des missions en termes de santé publique, de faciliter les activités par niveaux d'intervention (1ère et 2ème lignes) et de travailler à la transversalité.

C'est dans cette dynamique qu'en 2000, une unité s'est déployée au bénéfice de la santé mentale des personnes âgées, dans un partenariat Région Wallonne/Province de Namur ; une unité reconnue en 2005 comme « Mission Spécifique » de SSM. ANA était né ! Son projet : intensifier le travail en réseau et les relations avec les services de 1ères lignes. En intervenant en situation de crise, en rencontrant les services dans leurs lieux d'exercice, ANA est devenu un partenaire privilégié de la personne âgée et de sa famille, assurant un lien entre celles-ci et les services de proximité, les services spécialisés ou les maisons de repos et maisons de soins.

Cette approche s'inscrit particulièrement bien aujourd'hui, comme l'a précisé la Ministre Eliane Tillieux, dans la déclaration de politique régionale. Celle-ci définit quatre axes de travail pour cette population dont le nombre, les atouts et les limites méritent toute l'attention :

1. Mettre en place un cadre adéquat favorisant l'intégration des aînés dans notre société ;
2. Rencontrer le désir de la majorité des personnes de vivre chez soi le plus longtemps et dans les

meilleures conditions possibles grâce à une offre de soins et d'aide à domicile variée, accessible et de qualité ;

3. Proposer, lorsque le besoin s'en fait ressentir, une gamme diversifiée de solutions en matière d'accueil et d'hébergement ;
4. Mener des actions ciblées par rapport à des problématiques spécifiques telles la maltraitance, la maladie d'Alzheimer ou la démence.

En santé mentale, les problèmes des aînés sont souvent ignorés. Avec l'âge, les personnes connaissent une modification importante de leur rôle social, elles sont confrontées aux deuils, aux maladies chroniques. Ces éléments ont un impact sur leur qualité de vie et sur celle de leur entourage avec leurs lots de difficultés telles l'isolement, les troubles anxieux, la dépendance à l'alcool ou aux médicaments, la confusion, les troubles neurologiques. La consultation d'un psy ou d'un SSM est difficile. Les missions spécifiques ont développé des outils pour y remédier. Les professionnels y travaillent en réseau et se rendent à domicile ou dans les lieux de vie, comme le décret du 3 avril 2009 les y encourage. Il y a donc aujourd'hui des avancées !

Tout au long de la journée, différents intervenants<sup>7</sup> ont attiré l'attention sur le soin à apporter à la santé mentale de cette population et sur l'approche à développer pour être réellement à l'écoute de leurs besoins, les entendre et chercher à y répondre.

Vieillir n'a rien de comique, nous rappelle par exemple Jean-Pierre Lebrun. Or, on meurt un peu tous les jours. On est dans le deuil constant de

soi, même si on ne veut pas le voir, si on cherche à l'évacuer pour faire disparaître ce qui apparaît comme un échec. Ce sont les soins palliatifs qui redonnent aujourd'hui une place à ce qui nous échappe.

Pierre Gobiet insistera lui, à partir du travail développé au sein de la « mission spécifique » de Malmedy, sur l'accompagnement à apporter directement dans les lieux de vie (domicile, hôpital, structure de convalescence, maison de repos). Une démarche qui ne va pas de soi :

- ▶ Comment aider ou accompagner « dans le chez-soi d'un autre » ?
- ▶ Comment travailler dans un lieu qui n'est pas conçu comme lieu de soins en santé mentale ?
- ▶ Comment respecter ce territoire de l'intimité sans l'envahir ou se l'approprier ?
- ▶ Comment faire de ce territoire un allié dans le soutien de l'autonomie ?

Il parlera par exemple de la nécessité d'avoir des rituels, de trouver un équilibre, dans les lieux partagés, entre intimité et extimité, entre l'espace public et la sphère privée. En MR/MRS, le chez-soi est à construire avec l'aide des soignants. Il est important d'y faire coexister vie et soins, de pouvoir aussi mettre en tension la notion de dépendance (besoin d'aide) avec celle d'autonomie (propriété du désir). ●

ANA: Avec Nos Aînés

Rue Martine Bourtonbourt, 2 - 5000 Namur

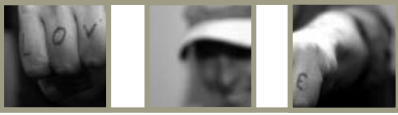
081/77.67.33

avec.nos.aines@province.namur.be

<sup>5</sup> « Avec Nos Aînés », Mission Spécifique « Personnes âgées » de la Province de Namur.

<sup>6</sup> Texte mis en forme à partir des notes de Christine Gosselin, coordinatrice IWSM.

<sup>7</sup> Madame Danielle Quinodoz, psychanalyste à Genève, Dr Philippe Meire, psychiatre à SAMRAVI : SSM à Louvain-la-Neuve, Dr Jean-Pierre Lebrun, psychanalyste à Namur, Pierre Gobiet, psychologue au SSM de Malmedy et le Dr Cécile Bolly, médecin généraliste à Neufchâteau.



## « La Pioche dans tous ses états »

Le 8 octobre dernier, « La Pioche » fêtait ses 30 ans<sup>8</sup> ! L'occasion de faire la fête au sein de l'équipe, avec les pairs, les partenaires et le public du SSM. L'occasion aussi de partager des temps de réflexion sur la clinique et le soin en évolution dans notre société, sur les écueils et les défis du travail en service de santé mentale.

Ce n'est un secret pour personne, le travail en équipe, s'il permet le déploiement de la pensée et des pratiques, n'est certes pas rose tous les jours. Idées et façons de faire qui s'entrechoquent en dialectique avec notre souci de cohérence ; tensions et conflits fréquents en lien avec nos subjectivités individuelles et nos appartenances différentes ; conflictualités de nos usagers qui se rejouent entre les membres de l'équipe.

### La Pioche, 30 ans après<sup>9</sup>

En 30 ans, vu l'augmentation de nos activités et la complexité des demandes, nous voici, anciens et nouveaux, à rechercher ensemble à affiner régulièrement nos offres et dispositifs de services, de soins, de rencontres pour qu'ils soient adaptés, le plus possible, à chaque situation singulière témoigne Anne De Reuck.<sup>10</sup> Situations qui, aujourd'hui, apparaissent de plus en plus complexes et plurifactorielles. Elles demandent créativité et inventivité pour trouver des réponses multiples et transdisciplinaires. Ce travail a évolué en 30 ans. Les repères et contextes sociétaux ont changé mais il demeure un socle de valeurs et de compétences partagées et reconnues :

- ▶ Une idée positive de la Santé Mentale;
- ▶ Une bonne connaissance du quartier et de ses associations, vu l'implantation du SSM ;
- ▶ L'accessibilité du service;
- ▶ De la souplesse dans la manière d'accueillir les personnes;
- ▶ Un échange de Savoirs avec le collectif, avec les professionnels, avec d'autres réseaux ;
- ▶ Une certaine expérience dans la façon de valoriser l'expression par la créativité ;

- ▶ Une capacité à transmettre les Savoirs du fonctionnement institutionnel.

Nous pensons que ces Savoirs sont des balises dans notre travail quotidien, qu'ils sont ou qu'ils peuvent être utilisés par d'autres professionnels et que, demain, ils peuvent être transmis à nos futurs collègues, qui le transformeront à leur tour en fonction du contexte et de l'évolution des choses.

Aujourd'hui, comme il y a 30 ans, La Pioche a une responsabilité citoyenne. Par ses différents dispositifs, elle a pour mission d'offrir des soins en Santé Mentale mais son travail en Santé Mentale, c'est aussi de :

- ▶ Soutenir et travailler de concert avec les institutions et les professionnels proches ou hors du champ de la Santé Mentale qui sont parfois fort démunis face à leurs usagers en souffrance psychique.
- ▶ Pouvoir obtenir une reconnaissance financière du travail réalisé en fonction de véritables besoins rencontrés dans leur contextualité et non à partir de problématiques mono-symptomatiques réductrices.
- ▶ Aller à la rencontre des usagers, de leur Savoirs.
- ▶ Pouvoir, en tant que soignants, traduire en termes de réflexions politiques ce que nous savons de la souffrance psychique et sociale dont nous sommes témoins.

### L'accessibilité aux soins<sup>11</sup>

Comment maintenir le soin accessible pour tous dans une société où prédomine une

hyperspécialisation - sans cesse croissante - des disciplines médicales, sociales et psychologiques, une volonté de catégoriser (et stigmatiser !) les demandes et un souci de plus en plus aigu de rentabilité et d'économie alors qu'on sait que - et nous le constatons tant en SSM qu'en Hôpital général ou psychiatrique - les pathologies en zone de précarité sont de plus en plus complexes, cristallisant et articulant souffrances psychiques et sociales, maladies mentales et gros problèmes somatiques.

La « mode du 2<sup>ème</sup> millénaire » est aux cliniques mono-symptomatiques: clinique du poids, du dos, de la douleur, de la main... En psychiatrie également apparaissent la clinique du stress, la clinique de la crise, la clinique des troubles de conduites alimentaires. Ces cliniques s'articulent dans la recherche d'un diagnostic pluridisciplinaire autour du mono-symptôme et d'un traitement ponctuel de celui-ci. D'une vision holistique de l'humain, on glisse lentement et progressivement vers le traitement de sa pathologie voire de son ou ses symptôme(s) en s'éloignant de l'écoute, de son contexte et de son mode de vie.



Catherine, Atelier des Artistes Anonymes, Clinique de Bonsecours

L'humain examiné de la sorte est de plus en plus vidé de sa conflictualité interne et de sa capacité à dialectiser celle-ci. Il s'enlise lentement et progressivement dans les pathologies de l'indifférenciation, de la répétitivité et du banal dont parle Sami Ali<sup>12</sup>. Dans la pathologie du banal, l'individu vit dans l'indifférence émotionnelle et affective à l'égard de lui-même et de son contexte. Sur le plan de l'activité onirique, bien que rêvant biologiquement 24h/24, il est coupé complètement du souvenir vigile conscient de ses rêves. En découle des situations d'impasses relationnelle et existentielle de plus en plus délétères à l'occurrence de graves pathologies somatiques et auto-immunes.

Comment les pathologies complexes modernes trouvent-elles encore une porte d'entrée suffisamment large dans l'organisation moderne des soins de santé?

En Hôpital général, ces pathologies complexes sont dévolues aux psychiatres dès qu'une composante psychologique est pointée et difficile. Et, sans répit, tous les jours, leur devoir est d'évaluer la gestion des risques d'une prise en charge d'abord psychiatrique alors que des pathologies somatiques conjointes et à traiter existent.

Dans le travail en réseau, en SSM, force est de constater également que des double-diagnostics comme handicap et santé mentale, borderline ou psychose et addiction constituent bien des soucis et nécessitent un acharnement professionnel sans cesse renouvelé pour être entendus et pris en charge dans des unités de soins d'hébergement.

C'est là que La Pioche s'inscrit activement dans le souci de «la continuité des soins» c'est-à-dire : dans le «prendre soin», dans la notion d'accompagnement de chacun dans ses souffrances physiques et psychiques, ses conflits, ses impasses, mais aussi dans ses savoirs, ses savoir-faire, interpellant à plus d'un égard pour les professionnels, et que parfois l'usager ne reconnaît pas ou plus. Il s'agit d'un véritable accompagnement entre co-citoyens : usager et

intervenant, dans la recherche de leur citoyenneté au XXIème siècle à travers la souffrance et la maladie.

En équipe, nous faisons le pari que soigner c'est aussi bricoler. Apprendre tant de choses, réactualiser tant de concepts théoriques, effectuer des séminaires, des formations, des supervisions, indispensables j'en conviens, pour chaque fois être réduit à un humain dans la rencontre singulière avec un autre humain : l'usager où le patient. Ce sont cette rencontre et ce cheminement qui privilégient et interrogent le sens de nos actions dans un cadre co-construit entre usager/patient et intervenant, qui constituent un lien pour chacun d'entre nous. Le travail d'accompagnement en SSM permet d'être un agent de liaison et de recherche de sens au sein du parcours de vie de l'usager. Celui-ci joue souvent un rôle de tiers interpellant pour l'intervenant, comme pour les institutions qu'il va rencontrer avec le SSM.

### Pour une continuité des soins

Pour soutenir un travail spécifique de « continuité des soins », la Pioche a développé quatre outils:

1. La capacité à «penser en groupe» de l'équipe pluridisciplinaire. C'est elle qui forge les rites institutionnels quotidiens de l'équipe. Ces rites quotidiens sont sans cesse remis en question par le «cas sérieux», c'est-à-dire la situation clinique qui remet en question la capacité à penser le fonctionnement en groupe. C'est la réunion d'équipe qui demeure le lieu privilégié de l'appareil à penser en groupe et c'est la conflictualité qui surgit au sein de celle-ci qui est le garant de la gestion thérapeutique de la conflictualité de l'usager avec lui-même et avec les autres.
2. Privilégier la transversalité du travail entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire afin de tenter de reconstruire du lien là où celui-ci est mis à mal par la pathologie et la sociologie de l'individualisme contemporain post moderne. Dans l'équipe, chacun des

membres a sa spécificité propre. Ce sont notamment des entretiens en binôme « psychiatre /psychologue », « psychiatre / assistant social », « psychologue /thérapeute du développement », etc. qui permettent à l'usager d'expérimenter des attitudes différenciées à ses problèmes.

3. Se porter garant de la «transdisciplinarité de l'équipe». Par transdisciplinarité, nous entendons que chacun d'entre nous quand il parle en son nom à l'usager ou au patient perçoive et reconnaisse qu'il se doit d'être le reflet des autres partenaires de l'équipe.
4. Donner une importance égale, en complémentarité et en dialectique au travail psy et au travail social individuel et communautaire. ●

#### La Pioche

Rue Royale, 95 - 6030 Marchienne-au-Pont  
071/31.18.92  
lapiocheasbl@yahoo.fr

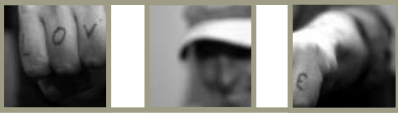
<sup>8</sup> Le SSM « La Pioche » a organisé un événement en deux temps : le vendredi 8 octobre, un temps pour les professionnels et le samedi 9 octobre pour son public, pour les familles, les amis et le quartier ; le tout, en plein centre de Marchienne-Docherie, là où leur activité se déploie au quotidien... et, symboliquement, au moment où l'OMS proclame chaque année la journée mondiale de la santé mentale (le 10 octobre). Cet article reprend des extraits choisis des interventions proposées en introduction à la journée. Celles-ci sont disponibles à la demande à l'WSM (via confluences@iwsmb.be ou au 081/23.50.14). Le travail s'est prolongé par une conférence-débat sur le thème : Clinique et créativité. Elle était alimentée par le Docteur François Tirtiaux, psychiatre, médecin-directeur au Club Antonin Artaud, qui a évoqué l'art comme reliance sociale et le professeur Jean De Munck, philosophe, sociologue au CRIDIS, UCL, qui a abordé les nouvelles coordonnées de la Santé Mentale. Par la suite, la place était réservée à la fête et aux échanges en toute convivialité.

<sup>9</sup> À partir de l'intervention d'Anne de Reuck, extraits choisis.

<sup>10</sup> Psychologue, SSM « La Pioche » à Marchienne-Docherie.

<sup>11</sup> La suite de l'article se réfère à l'intervention de Luc Van Houtryve, Médecin psychiatre, SSM « La Pioche » à Marchienne-Docherie. Extraits choisis.

<sup>12</sup> Professeur Emérite de l'Université Paris VII, Directeur Scientifique du Centre International de Psychosomatique.



# Regards sur la santé mentale

## Nouvelles questions, nouvelles approches ?

Et enfin, dans cette longue série d'anniversaires, c'est au tour du SSM du CPAS de Charleroi de fêter ses 30 ans. Rendez-vous était donné le 10 décembre à Marcinelle avec un SSM qui a su faire flèche de tout bois, comme l'a pointé d'entrée de jeu Bernard Dallons, Président du CPAS, en décloisonnant les compétences et en travaillant avec les différents interlocuteurs de santé mentale, à la Région, à la Communauté et au Fédéral.

La Ministre Eliane Tillieux, qui a tenu à être présente, a rappelé combien la santé mentale faisait partie de ses priorités et comment, via la mise en œuvre du décret du 03.04.09, elle comptait impulser une réflexion au sein des SSM pour soutenir un service de qualité au citoyen. Le SSM occupe une place fondamentale dans le réseau, affirme-t-elle, qui doit être valorisée dans le cadre de la réforme des soins de santé mentale. Celle-ci va encore évoluer, au niveau des pratiques, vers un soutien accru dans le milieu de vie et, au niveau politique, au profit d'un projet de santé mentale cohérent, articulé avec les autres secteurs en connexion : psychosocial certes, mais aussi loisirs, logement, emploi, culture, etc.

Avant d'aborder les questions de société qui allaient porter les travaux du jour, le SSM a tenu à emmener le public en balade dans son environnement. Un film réalisé par deux intervenantes du service rappelait au public présent en nombre que le travail s'exerce dans un lieu, dans un contexte, dans une histoire qui lui sont propres... et qu'on ne peut pas ne pas prendre en compte !

### Trois décennies plus tard...

En 30 ans, rappelle le psychiatre Marc Devos, que de changements au sein de l'équipe, du service... ! De nouvelles têtes mais aussi beaucoup plus de personnel et une grande diversification des activités ! Une nouvelle culture tente de s'installer.

Dans la Société aussi, les contextes changent. Il s'est passé une «*éternité*» pour voir apparaître le téléphone, la photographie, le cinéma, la télévision. Il semble aussi s'être passé une «*éternité*» entre l'apparition de

ceux-ci et l'arrivée des TIC (Technologies de l'Information et de la Communication). Mais aujourd'hui, plus de 50 % des wallons ont un accès internet et 9 jeunes sur 10 utilisent internet quotidiennement. La relation à l'autre, à la réalité est en plein bouleversement, comme les invités du jour vont l'aborder plus tard.

Alain Ehrenberg<sup>13</sup> insistera sur le malaise dans la civilisation, entre la montée de l'individualisme avec son lot de charges et de responsabilisés croissantes et la diminution des liens sociaux, entre l'autonomie de l'individu et l'hétéronomie du sujet, entre l'individu et la Société, entre la personne et l'institution, etc. Le malaise de la civilisation, nous dit-il, est lié à la précarisation de la vie, avec, pour preuve, l'émergence des pathologies du lien !

Serge Tisseron<sup>14</sup> parlera lui du bouleversement des identités (via l'image renvoyée aux enfants), de la relation aux autres (avec le désir d'extimité), de la relation aux images (avec le passage de l'image indicelle, proche de la réalité, à l'image numérique, qu'on transforme à sa guise) et dans les apprentissages (où il n'y a plus de valorisation parce que la réussite apparaît « normale »). Face à ces bouleversements, Tisseron propose des donner des repères aux jeunes, sur les droits à l'image, à l'intimité et sur « big brother » qui se cache derrière Face book ou Youtube.

De nouvelles demandes sont donc adressées au SSM.

De nouveaux repères sont-ils à inventer ?

Nous, nous dit Marc Devos, nous avons commencé notre carrière dans l'ère de la psychiatrie, du traitement de la folie. Nous sommes aujourd'hui entré dans l'ère de la santé mentale, du traitement du mal-être, de « *la fatigue d'être soi* ». <sup>15</sup>

Nous avons connu la psychiatrie de Pinel, d'Esquirol, de Kraepelin, de Pavlov, d'Ey, de Freud, de Lacan,

... et l'anti-psychiatrie. Nous sommes entrés dans la psychiatrie des troubles du DSM.

Les neurosciences ont «révolutionné» la psychiatrie. Nous sommes passés d'une psychiatrie de la rencontre, de la parole à une psychiatrie «virtuelle» du voir. Sans oublier la mise en évidence de la neuroplasticité qui a légitimé «scientifiquement» une théorie du développement psychique orienté vers l'avenir et non vers le passé. Le concept de résilience ne s'inscrit-il pas dans cette lignée ?

Les pratiques psychothérapeutiques ont évolué : psychanalyse, psychothérapie institutionnelle, bio-énergie, gestalt thérapie, analyse transactionnelle, systémique, cognitivo-comportementalisme. Nous assistons, aujourd'hui, à une montée en flèche de la psychiatrie biologique et de la psychopharmacologie.

La démocratie sanitaire est en développement (droit du patient, participation des usagers, ...) et à développer davantage encore.

La réforme de la psychiatrie est en route : diminution des lits, interventions en «milieux de vie». N'oublions, néanmoins, surtout pas, l'ouverture de places dans des structures alternatives à l'hospitalisation si nous ne voulons pas que nos patients n'aient comme seule alternative que la rue ou la prison.

Autre changement, marquant aussi, celui de la psychiatrie libérale, privée, en nette augmentation partout, avec comme corolaire l'affaiblissement de plus en plus marqué de la psychiatrie sociale, institutionnelle.

### En chantier

Le cadre et le contexte posés, les différentes équipes du SSM ont présenté en ateliers les questions au travail. L'un d'eux faisait référence à l'approche communautaire en promotion de la santé et à sa pertinence (son impertinence ?) en santé mentale<sup>16</sup>.

En référence à Jean Furtoz qui dit qu'« *une santé mentale suffisamment bonne est définie par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans*



*révolte* », l'équipe souligne que la santé mentale, ce n'est pas seulement l'affaire des professionnels. C'est pourquoi, l'équipe développe des outils qui lui permettent de mobiliser des relais significatifs pour les jeunes (éducateurs de quartier, connus et reconnus), de soutenir une approche positive (en termes de santé et de bien-être, de ressources individuelles et collectives, de plaisir, etc.), d'entraîner des compétences psychosociales (connaissance de soi, écoute, communication, règles de travail en groupe, esprit critique, capacité à dire) ou d'agir sur les lieux de vie et d'inscrire une dynamique de rencontre dans la durée. Voilà un travail qui a certes sa place au sein du SSM et qu'il est important d'essaimer, par exemple dans le cadre d'une plate-forme de réflexions et d'échanges.

Un autre atelier s'est penché sur l'adéquation des outils thérapeutiques aux demandes adressées au SSM. « *Donnez-moi et je serai* ». *Patient-thérapeute, qu'en est-il de la singularité de leur rencontre aujourd'hui ?*<sup>17</sup> Il cherchait à voir comment rencontrer les demandes de plus en plus précises liées à la présence de différents facteurs psychosociaux tels l'évolution des familles, le virtuel et l'immédiateté, les mythes autour du bonheur, la mise à mal des appartenances, liées aussi à l'appauvrissement de la capacité de symbolisation. Quelle que soit la grille de lecture, c'est la recherche du sens de la souffrance qui va soutenir le travail du thérapeute, qui va devoir déployer de nouvelles stratégies pour aider les patients à reconstruire de la relation qui soit sécurisée. Ce qui semble possible si le thérapeute reste ouvert, au nouveau, à la créativité, ... et tant mieux si c'est embrouillé ! ●

SSM du CPAS de Charleroi

☰ Rue Léon Bernus, 18 - 6000 Charleroi

☎ 071/32.94.18

✉ cms@cpascharleroi.be

<sup>13</sup> Sociologue - Directeur de recherches au CNRS.

<sup>14</sup> Psychiatre, Psychanalyste, Directeur de recherches à l'Université Paris Ouest Nanterre.

<sup>15</sup> En référence à l'ouvrage du même nom d'Alain Ehrenberg.

<sup>16</sup> Avec Gauthier Duyck, Criminologue, Emmanuelle Caspers, Philologue, coordinatrice Prévention/Promotion Santé, Namur Corral et Nathalie Thomas, Psychologues invitées.

<sup>17</sup> Avec Denise Pohl, Psychologue, et Valérie Tronquoy, Assistante sociale.

<sup>18</sup> Un texte de Jean-Pierre Evlard, Coordinateur, Club Théo Van Gogh », SSM du CPAS de Charleroi.

<sup>19</sup> Avec le soutien de PsycArt by Lundbeck.

## RETROTHEO, 20 ans de « club Théo»<sup>18</sup>

Fin des années 80, « Etre gagnants avec les perdants », une Action-Modèle à Charleroi a permis à un groupe de pilotage « santé » de développer cinq objectifs dans le cadre du 3ème programme européen de lutte contre la pauvreté. La 5ème piste d'action opérationnelle consistait en l'ouverture d'un Club thérapeutique pour patients psychotiques stabilisés.

En janvier 1990, Théo est né !

De subsides facultatifs en subsides facultatifs, la reconnaissance comme second siège des services de santé mentale du CPAS de Charleroi fut accordée dans le cadre du décret régional wallon de 1996. Un tiers des activités tourne autour des pratiques artistiques : peinture, encadrement, reliure, poterie, gravure, linogravure, etc.

A l'occasion du 20<sup>ème</sup> anniversaire, une exposition RETROTHEO a été montée<sup>19</sup> au Musée des Beaux-Arts de Charleroi. Comme son titre l'évoque, l'envie était de proposer une rétrospective de l'évolution du travail et des techniques depuis la création du Club en 1990.

Si 300 personnes ont assisté au vernissage le 1<sup>er</sup> octobre, il y a eu 1000 visiteurs sur la durée de cette exposition. Un beau succès donc et surtout des moments de rencontres chaleureux avec les amis, les parents, les partenaires, et le public en général.

C'est dans ce cadre que nous avons eu, le 14 octobre, l'immense plaisir de recevoir le Docteur BOULON, psychiatre original, passionné et atypique, président de l'association VALETUDO à Saint Rémy de Provence, conférencier spécialiste de Vincent Van Gogh et de l'art pictural en général. Pratiquant lui-même avec passion, musique, photo et peinture, il s'investit avec générosité dans la dynamique

des ateliers de création thérapeutiques qu'il a mis en place à la Maison de Santé Saint-Paul de Mausole dont il assure la Direction Médicale. Maison de Santé dans laquelle avait été hospitalisé Vincent Van Gogh durant 53 semaines entre mai 1889 et mai 1890. Il faut savoir que pendant cette période, Van Gogh avait continué de créer 143 huiles et plus de 200 dessins. Il a d'ailleurs constitué une association de peintres.

Around de son rêve et d'une lettre écrite par Vincent à son frère Théo, le Dr BOULON a créé l'association VALETUDO, association de malades artistes et centre d'exposition/vente qui reçoit 70.000 visiteurs par an.

En un peu plus d'une heure, le Dr BOULON nous retrace la vie « douloureusement » sensible de Vincent Van Gogh et ce lien particulier qui unissait les deux frères « maudits ». Théo avait ouvert une galerie de peinture, il y a exposé les œuvres de son frère Vincent, mais il l'a surtout encouragé moralement et financièrement à s'épanouir dans la peinture.

Conférence passionnante et pleine d'émotions...

Club Théo Van Gogh

☰ Rue Destrée, 45 - 6000 Charleroi

☎ 071/28.19.47

✉ clubtheo@cpascharleroi.be



# Formation sur les usages problématiques

## d'Internet et des jeux vidéo

Désormais, les technologies de l'information et de la communication, telles qu'Internet et les jeux vidéo, font partie intégrante d'une nouvelle donne sociale. Le professionnel de la santé mentale ne peut se soustraire à une réflexion sur les usages - et les usages problématiques - de ces nouveaux lieux virtuels. C'est l'enjeu d'une formation organisée par l'IWSM et l'asbl Nadja, avec l'appui de la Région wallonne, dans le cadre du PST3.

---

**Pascal MINOTTE**  
IWSM

---

### Face aux écrans

Les questions soulevées par les technologies de l'information et de la communication sont nombreuses et nous concernent autant dans le cadre de nos activités professionnelles que dans celui de notre vie privée. C'est ainsi que les services de santé mentale ou les services spécialisés en assuétudes reçoivent des demandes concernant des « usages abusifs <sup>1</sup> » d'Internet et des jeux vidéo ; les écoles tentent d'adapter leur règlement d'ordre intérieur aux « Smartphones » et aux réseaux sociaux ; les parents s'inquiètent devant la violence de certaines images proposées par les jeux vidéo ou encore devant la modification des contours de l'intimité lorsqu'elle s'expose sur Facebook ; les intervenants des plannings familiaux constatent « l'hypersexualisation » relayée par les médias et la situation de quasi-monopole de la pornographie sur l'éducation sexuelle étant donné l'accessibilité sans précédent que lui donne le Net ; les spécialistes du jeu pathologique s'effrayent du succès des jeux d'argent et de hasard « en ligne » ; les services résidentiels accueillant des adolescents se demandent comment gérer l'accès de leurs pensionnaires à Internet et à la console de jeux ; des thérapeutes intègrent progressivement le mail comme modalité de communication avec leurs clients ; d'autres utilisent les jeux vidéo comme outil thérapeutique, etc.

### Construire du lien à distance

Vous l'aurez compris, les interrogations sont nombreuses et se régénèrent au rythme de l'évolution des technologies et des usages qui en sont faits. Cette « nouvelle donne » ravive des craintes intemporelles telles que la peur du changement, l'angoisse technophobe et le conflit des générations. Mais elle a aussi le mérite de mettre en tension des sujets de fond que nous sommes ainsi amenés à reconsidérer.

Nous pensons entre autres aux notions d'identité, de socialisation, de lien, etc. Par exemple, les modalités contemporaines de construction identitaire, soutenues par les réseaux sociaux, nous amènent à réfléchir au-delà du simple phénomène des « blogs » et de Facebook, pour nous pencher sur les besoins auxquels ces applications répondent. Notamment, le besoin de se raconter aux autres et d'obtenir leur validation, dans un mouvement panurgique à contre-pied des fantasmes d'autonomie et d'indépendance (voire d'auto-engendrement) propres à notre époque.

Nous pouvons également parler des nouvelles façons de décliner l'intimité, celle-ci devant maintenant s'accommoder de toutes les informations personnelles, déposées sur la toile plus ou moins volontairement et compilables via Google en quelques mots clés<sup>2</sup>.

Ces phénomènes inédits sont portés par de nouvelles façons de construire du lien. Les mondes numériques nous poussent à re-questionner la place du corps, de l'espace et du temps dans « l'être ensemble ». La proximité géographique n'est plus un critère nécessaire (et contraignant) pour créer la possibilité d'une rencontre.

### Des usages porteurs de sens

Autrement dit, il serait actuellement insensé de nier l'importance de penser ces évolutions. La défiance que suscite parfois Internet et les jeux vidéo ne doit pas nous écarter trop longtemps d'une réalité quotidienne en perpétuel mouvement. Intégrer celle-ci dans notre champ de conscience, lui porter une attention sans a priori, cela semble être le minimum pour les professionnels que nous sommes.

Mais probablement s'agit-il d'aller plus loin et d'éviter une attitude passiste pour proposer des usages porteurs de sens. Car les T.I.C.<sup>3</sup> sont avant tout des outils soumis, dans la mesure de leur potentiel, à nos propositions. La nostalgie, nous sera de peu d'utilité au moment de répondre aux questions du présent... D'un présent que nous, adultes, avons contribué (et continuons) à construire. C'est ainsi que nous pouvons promouvoir des utilisations qui soutiennent le lien social plus qu'elles ne le délitent ; ou encore, des usages allant renforcer les échanges intergénérationnels. Nous pourrions également évoquer les applications créatives basées sur le texte et le multimédia, nous permettant de quitter la position passive longtemps imposée par la télévision. Ou encore, pourquoi ne pas valoriser les possibilités offertes par le « Web 2.0 » de coconstruire des contenus (comme l'illustre Wikipédia) ? Etc., etc.

## Une formation en deux jours, à la croisée des professions

C'est dans cet état d'esprit que l'*Institut Wallon pour la Santé Mentale* et l'ASBL *Nadja* ont développé un module de formation aux usages et aux usages problématiques d'Internet et des jeux vidéo. Si celui-ci n'a pas pour vocation de répondre à toutes les questions qui se posent, il tente néanmoins d'outiller les professionnels afin qu'ils puissent produire leurs propres solutions. Pour ce faire, le module se répartit sur deux journées.

La première est essentiellement destinée à familiariser chacun avec ces univers, nous pensons principalement à la communication médiatisée par ordinateur, aux réseaux sociaux et aux jeux vidéo. Concernant cet objectif, la difficulté à laquelle nous sommes confrontés tient dans la disparité des niveaux de compétences en matière d'informatique et de T.I.C. en général. Nous devons maintenir l'intérêt des « initiés » tout en informant suffisamment ceux qui n'ont jamais pratiqué... Pour ce faire, nous proposons des va-et-vient entre la présentation des applications, les concepts et les données « scientifiques » qui y sont associés. C'est ainsi que le réseautage social est une façon d'aborder les nouvelles modalités de socialisation et de construction identitaire, etc. La seconde journée est plus spécifiquement consacrée aux usages problématiques, aux « outils » pour y faire face et aux situations rencontrées par les participants. Nous y abordons, entre autres, les passions obsessives et le lien entre T.I.C. et violence, mais aussi des pistes et des outils tant dans le domaine de la prévention que du « curatif ».

L'évaluation du module par les participants aux premières sessions a été très positive et nous conforte dans certains de nos choix. Nous pensons, par exemple, au fait de constituer des groupes dans lesquels cohabitent des professionnels de la prévention, de la santé mentale, de l'aide à la jeunesse, etc. La transversalité est inhérente à ces technologies ;

de plus, chaque secteur peut à la fois témoigner de sa réalité et apporter sa grille de lecture, ce qui est particulièrement riche. Parallèlement, le nombre de demandes d'inscriptions nous informe quant à la pertinence de faire offre sur ces questions. Nous avons tout récemment reçu la confirmation de la prolongation durant l'année 2010-2011 du financement par la Région wallonne de ce projet<sup>4</sup>. Nous espérons ainsi pouvoir proposer la formation<sup>5</sup> à une fréquence qui permette de répondre à la demande, mais aussi de maintenir le *groupe de travail*<sup>6</sup> qui existe maintenant depuis presque deux ans. De plus, nous allons mettre en place *une plate-forme de formation à distance et de travail collaboratif*. Cette dernière se matérialisera par un site Internet (de type Moodle ou Claroline, pour ceux qui connaissent) au service des participants à la formation et, plus largement, d'un réseau de professionnels intéressés par ces questions. Nous espérons permettre ainsi le partage de ressources (articles, références bibliographiques, etc.), les échanges d'expériences, la collaboration autour de projets et la création d'un réseau de professionnels intéressés par la question des U.P.T.I.C. (Usages Problématiques des Technologies de l'Information et de la Communication). Ce site sera accessible aux personnes ayant suivi la formation, aux membres du groupe de travail U.T.I.C. ainsi qu'aux experts acceptant de collaborer. À terme, nous aimerions soutenir une dynamique tant réflexive que proactive, centrée sur les mondes numériques et leurs usages, sur l'ensemble du territoire de la Région wallonne. ●

<sup>1</sup> Nous parlerons de « passions obsessives »

<sup>2</sup> C'est dans ce contexte que les concepts d'*extimité* et d'*identité numérique* ont fait leur apparition.

<sup>3</sup> Technologies de l'Information et de la Communication, auxquelles appartient Internet et les jeux vidéo.

<sup>4</sup> Dans le cadre du Plan Stratégique Assuétudes (PST 3) 2010 – 2011.

<sup>5</sup> Renseignements et inscriptions : IWSM 081/23.50.18 - p.minotte@iwsmb.be

<sup>6</sup> Le groupe de travail sur les Usages des Technologies de l'Information et de la Communication (U.T.I.C.) est ouvert à tous les professionnels intéressés par ces questions. Il se réunit tous les deux mois à l'IWSM autour d'une thématique définie à l'avance, à propos de laquelle chacun apporte, en fonction de ses possibilités, ses réflexions, ses observations, les lectures qu'il a pu faire, les outils qu'il connaît...

## Un cahier IWSM

*Un 6ème Cahier de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, intitulé « Les usages problématiques d'Internet et des jeux vidéo : synthèse, regard critique et recommandations », à paraître début 2011, reprend les résultats de la recherche sur laquelle s'appuie le développement de ce module de formation.*

Soutenu et financé par la Région wallonne, dans le cadre du Plan de Cohésion sociale, PST3, relatif au renforcement du secteur de l'aide et de la prise en charge en matière d'assuétudes, ce travail interroge le concept de « cyberdépendances » pour faire le point sur les usages des TIC et les liens avec la santé mentale.

Il est le fruit d'un partenariat entre l'IWSM, l'asbl NADJA et le Groupe de Recherche Interdisciplinaire Communication & Internet (GRICI) des Facultés de Namur.

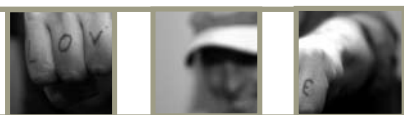
Le premier chapitre constitue un essai de contextualisation de la question des TIC et de leurs usages.

Ensuite, il questionne le terme de « cyberdépendances » et ses enjeux.

Les chapitres suivants portent sur les dimensions épidémiologiques puis étiologiques des « passions obsessives » que peuvent susciter Internet et les jeux vidéo. Et ce, en tenant compte d'approches théoriques différentes (cognitivo comportementaliste et psychodynamique).

D'un point de vue méthodologique, le propos s'est construit autour de deux démarches. D'une part, un travail de synthèse de la littérature sur ces questions (supervisé par un comité de pilotage) et d'autre part la consultation de professionnels de terrain.

La recherche débouche sur un ensemble de recommandations à destination de tout professionnel confronté de près ou de loin aux questions des usages des nouvelles technologies, qu'il soit issu du champ de la santé, de l'éducation ou de l'aide à la jeunesse.



## Rendez-vous sur iDA-Web

Vous travaillez de près ou de loin dans le secteur des assuétudes et vous cherchez les coordonnées d'un service spécialisé, une formation, du matériel de sensibilisation, des ouvrages de référence ou des informations sur les projets en cours ? Vos recherches pourraient être facilitées avec le nouveau site [www.ida-web.be](http://www.ida-web.be). A tester dès maintenant.

**Julie DEPIREUX**  
Assistante de projets<sup>1</sup>, Fédito Wallonne

### De l'asbl iDA...

IDA est une association sans but lucratif fondée en novembre 2006 et située à Bruxelles. L'asbl se compose des trois coupes basées en Flandre (VAD), en Wallonie (Fédito Wallonne) et à Bruxelles (Fédito bruxelloise). Toutes trois représentent les professionnels spécialisés dans la gestion des phénomènes de dépendance à l'alcool et aux autres drogues.

Chargée d'organiser et/ou de suivre toutes les activités dans le domaine de la santé en rapport avec les consommations de drogues légales et illégales en Belgique, iDA met sur pied des campagnes d'information tout public, coordonne différents projets<sup>2</sup> et favorise les contacts et les échanges entre les acteurs de terrain.

### ... au site iDA-web

Jusqu'en 2010, les informations disponibles sur Internet à propos de l'offre des services relative à la problématique de l'alcool et des drogues illicites en Belgique restaient fragmentées. D'où l'idée de les regrouper et de les rendre plus accessibles afin de faciliter la recherche d'un service adapté, tant pour les professionnels que pour le grand public. Le Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes a financé le projet du site géré par l'asbl.

### Qu'y trouve-t-on ?

► Un répertoire : pour rechercher un service, une institution, un traitement spécifique, ... L'outil est

interactif : ce sont les institutions qui actualisent leurs propres données. On retrouve dans cette rubrique plus de cent services spécialisés en assuétudes répertoriés au travers de trois moteurs de recherche adaptés : Une recherche par mot clé, une recherche par localité (l'ensemble des services traitant une substance spécifique dans une province par exemple), une recherche avancée par critères (pour rechercher un service particulier traitant d'une substance spécifique auprès d'un public défini dans une région déterminée ; ...).

► Du matériel et des documents : (livres, outils pédagogiques, brochures, ...). Cette rubrique propose des liens vers les centres de documentation spécialisés dans le champ des assuétudes.

► Les actualités du secteur : des informations générales mais aussi des événements, colloques, formations ou encore des offres d'emplois. Ici aussi, les données sont directement mises en ligne par les institutions.

► Enfin, on y retrouve les projets du Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes et des liens utiles (partenaires du secteur, réseaux existants, ...)

L'outil est créé. Il ne reste plus aux utilisateurs qu'à l'activer au besoin et à l'actualiser pour contribuer voire renforcer la dynamique mise en place. ●

<sup>1</sup> J. Depireux a été attachée au projet jusqu'au 31 décembre 2010.

<sup>2</sup> En 2007, iDA a notamment coordonné la 1ère campagne nationale d'information alcool et drogues.

### Les Fédérations d'Institutions pour Toxicomanes

Membre de l'IWSM, la Fédito Wallonne regroupe 34 associations tant ambulatoires que résidentielles développant des approches et pratiques variées et complémentaires dans le domaine des assuétudes : l'accompagnement et les soins, la réduction des risques, la prévention et la formation ou encore la recherche. Elle est représentative du champ des assuétudes dans sa globalité et dispose ainsi d'une connaissance du secteur et de compétences particulières en la matière.

Une fédération similaire existe également à Bruxelles. La Fédération Bruxelloise des Institutions pour Toxicomanes fédère 18 institutions.

Les Fédérations des Institutions pour Toxicomanes ont pour missions :

- De faire connaître et reconnaître la nécessité et l'existence de structures spécifiques dans le secteur des assuétudes (au sens large du terme). En effet le phénomène de la toxicomanie est évolutif et complexe et nécessite une recherche permanente dans les approches proposées.
- D'être un interlocuteur privilégié des pouvoirs publics et des médias dans l'élaboration d'une politique de santé et de rechercher scientifique ;
- D'assurer la coordination et la concertation des services membres et plus largement avec d'autres acteurs préoccupés par le «phénomène» drogues.
- D'assurer aux membres des modalités de reconnaissance et de subsidiarité garantissant leur bon fonctionnement et leur permettant la prise en charge immédiate de tous les toxicomanes demandeurs quelle que soit leur situation économique.

Fédito Wallonne

☎ 04/222.26.52

✉ [feditowallonne@skynet.be](mailto:feditowallonne@skynet.be)

<http://www.feditowallonne.be>

Fédito bruxelloise francophone

☎ 02/514.12.60

✉ [courrier@feditobxl.be](mailto:courrier@feditobxl.be)

<http://www.feditobxl.be>

IDA

☎ 02/423.03.59

✉ <http://www.ida-web.be>

# De la créativité, que diable !

Ce sont les hommes et les femmes qui font « bouger le monde »... En santé mentale aussi ! Nos valeurs, nos convictions, notre engagement reposent sur une histoire, celle qui s'est élaborée pas à pas avec ceux qui nous ont précédés. En Wallonie comme ailleurs, ils sont nombreux à avoir apporté leur pierre à l'édifice. Confluences a décidé d'aller à leur rencontre.

Voilà bientôt sept ans que Chantal Bastin a quitté le service de santé mentale du CPAS de Nivelles pour une retraite bien méritée... Avec quelques années de recul, elle n'a pas changée ! Nous l'avons retrouvée en pleine forme, avec son franc-parler, son souci des usagers et l'envie de continuer à inventer pour élargir encore le champ des possibles en santé mentale... Histoire d'un parcours qui remonte bien loin dans son enfance... et qui est loin de s'achever aujourd'hui !

Rencontre avec **Chantal Bastin**, Psychologue

Une interview réalisée par **Christiane BONTEMPS**, IWSM

**L**es jeunes ont des idées nouvelles, nous dit-elle d'entrée de jeu, ils doivent continuer à inventer. Chacun doit pouvoir (se) renouveler pour rencontrer l'évolution des demandes dans une société qui change. Et voilà qu'elle nous explique qu'avec certains patients qui ont émigré dans de lointaines contrées, elle a trouvé des modalités de poursuivre, à leur demande, un accompagnement (évidemment bien balisé dans un cadre !) via skype...

*Pourquoi un intérêt pour la « psycho » ?*

A 12 ans, j'avais décidé que je serais psychologue. Je suis née dans une famille de tradition médicale, mon grand-père était médecin de charbonnage à Trazegnies ; mon père a été médecin dans la Province de Luxembourg, un vrai « médecin de campagne », il a travaillé jusqu'à l'âge de 92 ans ! J'ai eu la chance très tôt de pouvoir l'accompagner dans ses tournées, le jeudi, quand c'était jour de congé ! Avec ma mère, il m'arrivait de remettre aux patients les médicaments prescrits en cours de tournée puisque faute de pharmacie, il y avait un dépôt à la maison. Mon envie d'être « psy » s'inscrit donc dans une histoire de famille... Au moment où j'ai terminé mes études, ma 1<sup>ère</sup>

expérience d'accompagnement de la maladie s'est présentée à la maison. Maman a été gravement malade et j'ai mis mes projets entre parenthèses pour m'occuper d'elle, ce qui n'a sans doute pas été étranger à la suite de ma carrière et au travail que j'ai fait plus tard pour l'accompagnement à domicile et les aides de proximité.

*Ton parcours pour y arriver ?*

Je voulais vraiment devenir clinicienne. J'ai fait mes études à Louvain. Lorsque j'ai été diplômée en 59, on parlait peu de psychanalyse et il n'y avait pas de formation en psychologie clinique à l'Institut de Psychologie qui faisait partie de la faculté de philosophie. Dans les Ardennes, à cette époque, il était difficile de travailler comme « psy ». Il n'y avait pas de psys indépendants, peu de demandes et les PMS n'existaient pas ou peu. Quand ma mère a été rétablie en 1960, je suis allée me former à Liège dans le service du Pr Duyckaerts, sous la supervision du professeur Albert Husquinet. J'ai eu la chance de participer à une expérience intéressante, celle des premiers dépistages préscolaires en fin de maternelles<sup>1</sup> Maintenant ce travail est systématisé via les PMS mais à ce moment là, c'était une expérience de l'ONE. Ce

stage m'a marquée et j'ai su que je voulais vraiment travailler dans la clinique pour les enfants.

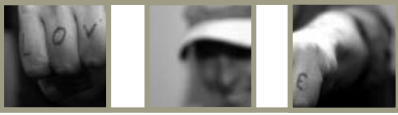
C'était l'époque où les Centres PMS commençaient. C'est là que j'ai débuté ma carrière, en 1960, au PMS de Mons, qui était au départ un centre d'orientation scolaire et professionnelle. Ensuite, j'ai été déplacée à Braine-le-Comte. Ma collègue partageait mon intérêt pour la clinique. Nous cherchions ce qui pouvait aider les enfants et soutenir les parents. Nous avons vraiment pu amener une approche clinique dans notre travail. A l'époque, on partait dans les écoles, en bus, avec nos valises de tests. Mais nous faisons aussi des entretiens individuels, des bilans, nous participions aux conseils de classe, et organisions des rencontres avec les parents.

Ensuite, je suis partie à Kinshasa, comme volontaire, pendant trois ans, où j'ai eu une expérience dans l'enseignement. A mon retour, je me suis occupée de mes enfants tout en continuant à donner des cours dans des écoles de formation dans l'aide aux personnes. J'ai aussi commencé à recevoir des enfants en consultation ; je les orientais, si l'indication se posait, vers des collègues qui avaient ouvert une consultation de psychothérapie. Les prises en charge ne correspondaient pas toujours à ce que je souhaitais. J'ai alors entrepris de faire une formation à la psychothérapie.

Au moment de la création des SSM, j'ai eu la chance d'être engagée au SSM de Nivelles en 1976 grâce à Ninette Bauwens qui avait suivi la même formation que moi. Le Dr Ida Lounsky était médecin directeur. J'y suis restée jusqu'en 2004.

*Les SSM au moment de leur création ?*

A Nivelles, le directeur du CPAS connaissait Berthe Bouillon, une logopède hors du commun. Il l'avait contactée pour créer un Centre pour



« aider les enfants pauvres », ceux qui avaient des difficultés à l'école. Une petite équipe avec une psychologue, une psychiatre et une assistante sociale détachée à temps partiel a été mise en place avant de s'offrir avec une assistante sociale attirée et moi-même. A deux, on a directement fait équipe. C'était ma collègue ! On se concertait pour les prises en charge, on confrontait nos points de vue, nos hypothèses... Pour moi, travailler en SSM, c'était élargir des horizons et les possibilités de prises en charge.

Durant mes 30 années en SSM au CPAS de Nivelles, j'ai eu la chance d'appartenir à une équipe. J'ai apprécié les compétences diversifiées de mes collègues, nos collaborations et le souci permanent de la qualité du travail clinique, du respect et de l'éthique qui animait l'équipe.

Dans notre service, en 1976, il y avait tout un processus de prise en charge qui me paraissait très kleinien. L'AS voyait les parents et puis la psychiatre voyait l'enfant qui était ensuite vu par la psychologue. La situation était ensuite présentée en réunion de synthèse et l'AS était chargée de remettre les conclusions aux parents. La psychologue prenait alors le relais pour la prise en charge des enfants. En tant que psy, je n'avais pas accès aux parents. On devait donc vraiment faire équipe. Je me rappelle de situations compliquées où l'enfant disait « tout va bien », alors que ma collègue AS recevait des appels de détresse des parents...

Les enfants étaient souvent adressés par les écoles et les PMS. On avait aussi des contacts avec le CPJ (Comité de protection de la jeunesse). On a fait des choses tout à fait extraordinaires avec un Juge de la jeunesse extraordinaire, Mr Georges Lobet. On recevait parfois des familles avec lui... Je me rappelle être allée au tribunal de Charleroi avec l'assistante sociale du SSM, la collègue du CPJ et une famille. Je me rappelle aussi la visite d'un IMP pour un enfant : Normalement, on devait rester dans notre bureau mais cette famille-là n'avait pas de voiture et les parents ne voulaient pas que leur enfant soit placé. Il fallait cependant absolument protéger l'enfant, la seule façon de faire était d'aller avec eux, d'aller sur le terrain,

de les accompagner afin que l'entrée en IMP de leur enfant puisse devenir acceptable et peut-être ressentie comme bénéfique.

En SSM, on n'abandonne pas les situations... il y a toujours des façons de faire qui permettent de trouver une piste... parce qu'il y a de la créativité !

#### *Quelle évolution ?*

Dans le travail, j'étais préoccupée par des prises en charge qui s'arrêtaient sans raison apparente ou par d'autres où le travail n'avance pas... Je me souviens d'une situation d'une famille où on avait reçu un enfant, puis un autre, un autre encore... jusqu'à 5 enfants, mais le travail n'avancait pas. La situation s'aggravait et c'était inquiétant. J'ai alors pensé que ce n'était pas la bonne façon de travailler. Au lieu de soulager et d'aider la famille, on émiettait et on faisait éclater les symptômes. Je me suis engagée dans une nouvelle formation, à l'approche familiale et systémique. On était en 1979. L'UCL proposait pour la 2<sup>ème</sup> année une formation de ce type, avec, entre autres, Maggy Siméon et Edith Tilmans. Après ma formation psychanalytique, l'approche systémique m'a permis d'utiliser beaucoup plus ma créativité.

Travaillant au départ avec les enfants, je me suis progressivement intéressée à l'intervention familiale et systémique. Le travail de réseau me passionnait aussi. Lorsque des collègues plus jeunes trouvaient qu'il fallait « faire quelque chose » avec les parents des enfants qu'elles avaient en charge, elles me passaient la main, ne se sentant pas toujours à l'aise avec les familles. C'est ainsi que, formation à l'appui, j'ai travaillé de plus en plus souvent avec des familles, des couples et des adultes. Je trouvais très important de pouvoir situer les symptômes des enfants dans un contexte familial. De plus, les processus individuels étaient toujours très lents et très longs... et moi qui suis très impatiente, j'avais le sentiment que, souvent, les situations se débloquaient plus vite dans une approche familiale.

Comme je l'avais appris en supervision, quand on débute une prise en charge, il faut penser à la fin !

Et c'est fondamental pour pouvoir avancer... L'approche systémique aide à élargir la perspective, elle aide à garder un esprit critique, elle apprend à se mettre en « métaposition », d'où, d'une certaine façon, on observe son propre travail et on s'efforce de l'évaluer. En analyse, il peut y avoir des séances entières où on reste en silence, c'est parfois une forme de partage, qui peut aider... mais parfois aussi le silence témoigne d'une incapacité à mettre des mots qui paralyse la personne.

L'approche systémique donne plus de liberté pour des « sous-titrages », poser des questions, proposer des métaphores, afin de faciliter l'expression de ceux qui n'y arrivent pas facilement.

#### *Quels sont les projets qui t'ont mobilisée ?*

Je me suis beaucoup investie dans le travail de réseau. J'ai trouvé intéressant de participer aux Plates-formes de Concertation et j'ai apprécié le travail qu'on a pu y mener dans le cadre des Initiatives d'habitations Protégées, du maintien à domicile, du suivi des personnes âgées, etc.

C'est aussi lié à mon histoire, où dans mon village, quand quelqu'un n'allait pas bien, quand une famille était en difficulté, tout le monde se mobilisait, qui que ce soit, le médecin, l'infirmière, la CAP (maintenant CPAS), le curé, les enseignants, les voisins, ...

On a aussi pu mettre en place un travail avec les hôpitaux... pas facile pourtant de faire comprendre la façon de travailler du SSM... et de comprendre celle de l'autre ! Quand l'hôpital nous annonce (s'il le fait !) que tel patient sort et que le SSM doit assurer la prise en charge, on doit prendre le temps de réfléchir... Il faut d'abord rencontrer l'équipe et aussi voir la personne avant la sortie ! Mais, il y a 20 ans, on n'était pas toujours bien reçu quand on exprimait cette demande ! Je suis convaincue que la rivalité entre secteurs n'a pas lieu d'être, mais le travail n'est pas le même... Le SSM s'intéresse à la personne et à son contexte. Si, à la sortie de l'hôpital, on demande au patient d'aller vers le SSM sans s'assurer qu'il a un appartement, que quelqu'un pourra l'amener au

centre de jour, qu'il prendra ses médicaments, et que quelqu'un l'aidera à faire ses courses, ... c'est irréaliste ! Le SSM peut mettre en place ce contexte, mais il faut lui laisser un peu de temps pour y arriver et permettre à la personne de sortir de l'hôpital dans de bonnes conditions. Et c'est un travail passionnant ! S'il n'est pas fait, je crains que l'orientation vers le SSM soit vouée à l'échec ! Maintenant encore les secteurs ne se connaissent pas bien. Il pourrait y avoir plus de cohérence.

Le travail avec les personnes âgées aussi m'intéressait particulièrement, sans doute en partie parce que mes parents étaient âgés, mais aussi parce que je m'interrogeais sur la façon de vieillir, sur le respect, sur l'accompagnement, ... J'avais dû intervenir dans une maison de repos du CPAS pour le SSM et cela m'avait posé beaucoup de questions. Le travail avec les aînés se situe toujours sur le fil de la violence, celle des familles, celle des intervenants et celle des personnes elles-mêmes et, de plus, ce travail nous renvoie l'image de ce que nous pouvons devenir... Comment accompagner le vieillissement, respecter et soutenir les personnes dans un élan de vie, même si elles présentent des symptômes difficilement supportables ? Les personnes âgées ne consultent pas beaucoup spontanément, même si cela commence à évoluer... Au sein de la Plate-forme du Brabant wallon, le groupe de réflexion « Personnes Agées » a organisé des formations, des concertations, des accompagnements, etc.

Je me suis aussi intéressée à la souffrance des soignants. Il y a parfois des personnes qui ont travaillé 20 ans avec des personnes très handicapées, des situations très lourdes, et dont on ne reconnaît pas le besoin de pouvoir souffler, voire de changer d'orientation. Ces soignants sont « décapés », ils sont au bout/à bout, et si on ne les entend pas dans leur souffrance et dans leur désir de prendre du recul, on ne les respecte pas ! Si on travaille avec des situations lourdes, à un moment, on n'en peut plus, on arrive au bout de ses ressources... et cela doit pouvoir être entendu. C'est le cas de tous ceux qui travaillent dans le

psychosocial, nombre d'entre eux ont été trop loin sans tenir compte de leurs propres limites.

Autre centre d'intérêt : les missions d'expertise. Le centre du CPAS de Nivelles a été parmi les 1<sup>ers</sup> centres à les accepter, au civil ou au protectionnel (droit de garde, placement d'un enfant, etc.). Cela prend du temps mais l'expertise peut être un moment privilégié pour prendre soin des personnes qui se déchirent. Au SSM, on y travaillait toujours à deux, c'est une garantie pour ce travail car, parfois, on perçoit les choses différemment. Ce processus d'expertise peut être un moment de maturation, et finalement avoir un effet thérapeutique, alors que ce n'est pas son objectif initial.

*Les personnes qui t'ont marquée dans ton parcours ?*

Elles sont nombreuses ! J'aurais du mal à en choisir l'une ou l'autre...

Dans notre métier, notre souci reste d'aider les patients à trouver leurs ressources et leur chemin de vie. C'est une expérience extraordinaire pour laquelle on utilise aussi les ressources de l'entourage ou du réseau. C'est important d'entrer en contact avec eux pour savoir quels pièges éviter pour aider ces familles. On dit souvent qu'une famille peut mettre en échec tous les services mais, je pense, qu'elles sont bien persévérantes ces familles qui continuent des démarches malgré les échecs ! Pour moi, c'est fondamental de se mettre ensemble pour réfléchir, comprendre ce qui se passe et chercher les pistes qui pourront convenir. Au SSM, on était toujours au moins deux à réfléchir pour chaque situation. Mes professeurs, mes formateurs, mes collègues et tous ceux que j'ai croisés dans le réseau sont, tour à tour et au fur et à mesure, devenus des références dans mon parcours et je sais ce que je leur dois !

*Que penser de l'évolution du secteur aujourd'hui ?*

Au moment où je suis partie, je dois dire que je trouvais qu'il y avait une certaine fatigue dans le secteur : beaucoup de consultations classiques

comme celles qu'on propose en privé, vieillissement des équipes, peu de perspectives sur l'avenir du travail de secteur public en santé mentale, etc., mais c'est peut-être mon impatience ! C'est difficile de changer une culture qui s'installe et en même temps il ne faut pas non plus maltraiter les soignants qui font un travail remarquable ! Ce sera tout l'enjeu des nouvelles orientations.

Quand on se réfère, comme les SSM à leurs débuts, au mouvement de l'anti-psychiatrie, on est plein d'idéal. Mais les problématiques sont difficiles. Les professionnels sont souvent confrontés à leur impuissance et le risque de découragement peut s'installer. Il ne suffit pas de dire « plus d'asile psychiatrique »... il faut aussi soigner les usagers et, pour y arriver, il faut innover. Les équipes doivent être soutenues dans cette dynamique. Des organismes comme l'IWSM trouvent ici tout leur sens...

Il faut pouvoir aussi évoluer dans son travail... C'est ce que j'ai pu faire tout au long de ma carrière. J'ai eu la chance de rencontrer à plusieurs reprises de nouveaux projets, de nouveaux challenges... comme maintenant encore lorsque je vais travailler en Roumanie ou en Algérie.

*Le mot de la fin ?*

Je dirais que c'est « oser inventer » ! Il faut être créatif.

Je pense aussi qu'en santé mentale, le curatif ne peut pas aller sans la prévention, le tout fait partie du soin. Si on ne travaille pas à la prévention, on va vers une augmentation des troubles de santé mentale. La prévention reparle de lien, de gestion des pulsions et des émotions, d'hygiène de vie, de responsabilité, de respect... Il est important de prendre le temps d'élaborer, de penser et de s'imposer une discipline.

Le respect, la solidarité... sont des valeurs fondamentales. Je suis convaincue que la prévention passe aussi par l'école et qu'elle doit débiter dès les 1<sup>ères</sup> années de la vie. ●

<sup>1</sup> Dépistages psy (intellectuel, instrumental, et affectif) effectués en Wallonie en l'occurrence ici via l'ONE à Ans.



## Mémoires de psys

Ils ont marqué le secteur par leurs idées, par leurs pratiques ; la collection *Mémoires de psys* nous offre l'occasion de rencontrer ces personnalités belges francophones de la Santé Mentale au travers d'entretiens filmés.<sup>1</sup>

A l'honneur en 2010 : Jacques Pluymaekers et Willy Szafran. Petit aperçu...

---

**Sylvie GERARD,**  
IWSM

---

Commençons par la rencontre<sup>2</sup> avec Jacques Pluymaekers<sup>3</sup>...

Nous sommes dans un bureau, dans un face à face où le psychologue, co-fondateur du centre de santé mentale *La Gerbe*, revisite le secteur de la santé mentale à Bruxelles et en Wallonie.

Un retour aux années 60-70, avec pour toile de fond, le mouvement de l'anti-psychiatrie.

Comme d'autres jeunes professionnels de sa génération, Jacques Pluymaekers est d'abord confronté au décalage qui s'opère entre ce qui est enseigné à l'université et la réalité de terrain. Une fois franchies les portes de l'institution, la psychiatrie n'a pas le visage escompté. Pas assez humaine, pas assez proche des gens. Il imagine alors et crée, avec des amis, une alternative à l'hospitalisation psychiatrique pour aider autrement les personnes en situation de crise.

*La Gerbe* est née à Bruxelles de cet élan. Un engagement qui au départ ne sera soutenu financièrement par aucune aide extérieure... Au travail pourtant dès les premières heures : l'introspection d'un quartier, l'immersion dans ses activités socioculturelles, l'acquisition d'une maison (futur Centre de santé mentale) et la pratique de l'approche psycho-sociale.

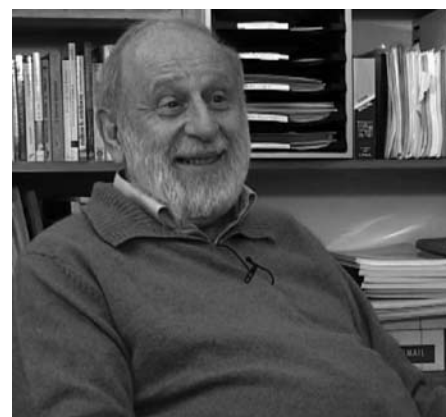
L'homme relate les dispositifs qui seront progressivement mis en place : le recours à la

vidéo comme outil de sensibilisation communautaire pour débattre publiquement de la psychiatrie en valorisant la compétence des gens... ou les pratiques de thérapie familiale de type systémique.

Le contexte socio-politique est alors beaucoup moins sécuritaire : *On était, dit-il, dans l'extrême opposé de la tolérance zéro, aujourd'hui à l'œuvre.*

Et quand on l'interroge, pour terminer l'entretien, sur la possibilité de reproduire aujourd'hui cette *grande aventure des années 70, cette expérience de changement, presque de révolution...*, il sourit en concluant : (...) *fondamentalement je crois que chacun d'entre nous garde toujours le choix de s'engager, d'être militant... Mais c'est vrai que le contexte général de la société est au sécuritaire, au principe de précaution, que je ne critique pas en soi mais qui, quand même, ne devrait pas en arriver à empêcher de prendre des risques parce que, dans nos métiers, on doit prendre le risque de la rencontre, le risque de l'incertitude, le risque d'aller à l'encontre parfois d'un certain nombre de règlements...*

A l'image des 8 autres entretiens de la collection, le documentaire a cette qualité d'initier une réflexion entre générations. Parce qu'en matière de santé mentale, il y a encore et toujours, beaucoup à faire. Il serait dommage de se priver



de l'échange, de l'expérience, du savoir, du savoir-faire des uns et des autres, des encouragements à l'innovation aussi.

Et pour enrichir cet échange virtuel, c'est à une rencontre bien physique que nous convie à chaque fois Psymages. Le prochain rendez-vous<sup>4</sup> est déjà pris avec Willy Szafran<sup>5</sup> a qui est consacré le dernier entretien de la collection. Il nous fera part de ses réflexions sur la place de la psychiatrie dans son évolution historique et dans ses rapports à la médecine et à la société. Il y sera notamment question de la psychiatrie psychodynamique qui vise à redynamiser la psychiatrie grâce à l'apport de la psychanalyse, de la phénoménologie, de la sociologie et de la philosophie. ●

<sup>1</sup> Le but de cette collection, initiée par Psymages asbl en collaboration avec le CNASM, la LBFSM et l'IWSM, est de préserver le savoir des aînés, fondateurs d'idées ou d'institutions, et de veiller à la transmission de celui-ci aux jeunes générations pour lesquelles il constitue une occasion de formation. La collection est présentée sur le site [www.psymages.be](http://www.psymages.be). Les DVD sont en vente au prix de 15 euros. Renseignements : In Folio : 081/23 50 12.

<sup>2</sup> Un entretien réalisé par Françoise Wolff, documentariste et psychologue.

<sup>3</sup> Psychologue, formateur, thérapeute familial.

<sup>4</sup> Le 24 mars au Musée de la Médecine à Bruxelles (Campus ULB Erasme). Infos : LBFSM : 02/511 55 43

<sup>5</sup> Psychiatre, psychanalyste, professeur émérite de psychiatrie et de psychologie médicale de la VUB, auteur de plusieurs ouvrages sur Freud et la psychanalyse.



## Dans la rue

Dans le cadre de l'année européenne de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, Confluences consacre son dossier à la souffrance psycho-sociale des personnes en situation de précarité. Une précarité physique mais aussi symbolique qui, dans les cas extrêmes, mène à la rue, à ses impasses...

Comment en arrive-t-on là ? Qui sont ces habitants de la rue ? Quels sont les modes de (sur)vie, les aides, les pistes pour sortir de cet abîme ?

*Ils vivent mal, ô combien, écrit Patrick Declerck<sup>1</sup>. Ils traversent la vie en titubant, en claudiquant, à cloche-pied, à genoux, en rampant. Mais ils la traversent tout de même. Se suicidant très rarement, ils préfèrent rester là, pour rien, jour après jour, année après année, à contempler hébétés et hilares, la postérité des asticots. Vaisseaux fantômes et mystérieux. Personne à la barre. Grands voyageurs du vide, ils errent loin des pesantes réalités du monde. Funambules pitoyables mais glorieux, parce que sans retour...*

*Décrire leur monde est à la fois facile et presque impossible. Facile parce qu'il est tellement pauvre que la chose est vite faite. Presque impossible parce qu'il est tellement déliquescent que vouloir en appréhender clairement les contours est une chimère.*

*Les dispositifs institutionnels viennent cependant au secours de l'évanescence...*

Ces dispositifs, parlons-en.

Qu'est-ce qui est fait, en Wallonie, pour aider ces personnes en détresse majeure ?

Coutumier des ruptures, bon nombre de sans-abri souffrent d'une pathologie du lien. Faire confiance à autrui relève du défi. Elaborer une demande d'aide et de soins aussi.

La priorité est ailleurs : manger, boire, dormir, faire la manche... La santé n'apparaît pas, n'apparaît plus, comme un besoin primaire. Certaines souffrances sont tenues à bonne distance, pour ne plus sentir, ressentir leurs effets, ingérables psychologiquement, même s'il faut pour cela s'exclure des autres et de soi. Il y a tout un travail à mettre en place, et quel travail ! Pour sortir de l'urgence, de l'urgence de l'urgence et des besoins immédiats à satisfaire. Pour sortir de la déshumanisation de la personne.

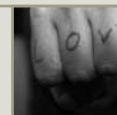
Des initiatives sont menées en ce sens par des services de santé mentale, des maisons médicales, des maisons d'accueil, des relais sociaux, des initiatives d'habitations protégées, des hôpitaux, ou encore -et la liste n'est pas exhaustive-, des structures socioculturelles inscrites dans une démarche d'éducation permanente.

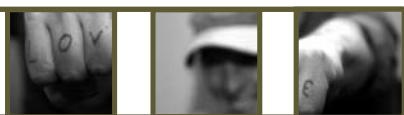
Nous vous invitons à parcourir ces regards croisés d'intervenants psycho-médico-sociaux et d'usagers...

Bonne lecture

*Hélène Carpiaux, Sylvie Gérard*

<sup>1</sup> Voir bibliographie p.48, référence 10.





## Un psychologue en rue : pour quoi faire ?

Depuis quelques années, la ville de La Louvière renforce ses actions de prévention et de soutien auprès des personnes en grande précarité. Un état des lieux de la situation rend compte du fait que de nombreuses personnes n'ont pas accès aux soins à cause de leur comportement « chaotique » et de l'inadéquation de la réponse des institutions. Une unité mobile de psychologie<sup>1</sup> a été mise en place par le SSM Psychic pour rencontrer ces patients où ils se trouvent et les accompagner dans leurs démarches.

---

### Grégoire RODEMBOURG

Psychologue clinicien, « Psy mobile »,  
Psychic, SSM de La Louvière

---

La clinique de la rue est fugace : les gens apparaissent, disparaissent, réapparaissent. Certains ont leurs circuits, leurs trajets quotidiens et leurs lieux de prédilection, d'autres ne font que passer. Les patients que je rencontre sont les « habitués » du centre ville : ils s'y sont octroyés une place et y font la manche régulièrement.

### L'exclusion au nom de la liberté

Comme l'a montré R. Roussillon<sup>2</sup>, les patients vivant dans les marges du lien social mettent en place des stratégies de survie paradoxales afin de ne plus souffrir. Suite à des expériences traumatiques inassimilables par les catégories de la pensée, les sujets installent des mécanismes de défense radicaux qui les isolent d'eux-mêmes, des autres et de la vie en société. Le syndrome d'auto-exclusion développé par J. Furtos<sup>3</sup> en est un. Dans le même ordre d'idées, nous rencontrons fréquemment des personnes qui, revendiquant une absolue liberté, refusent toutes les propositions de soin ou d'hébergement. L'un d'eux me dira : « Dormir dehors, c'est dur. Mais je suis libre, je suis dans la nature et j'aime ça ! Je ne veux pas d'un appartement où j'aurais un loyer à payer. » Ce refus radical de tout ce qui vient de

l'Autre est au cœur de la problématique de nos patients.

Pour cette raison, les intervenants sociaux les appellent couramment les « chaotiques » car ils ne répondent que rarement à ce que les services attendent d'eux. Ils ne se présentent pas aux rendez-vous, oublient systématiquement un papier ou arrivent avinés. Souvent, ils ne formulent pas de demande et, lorsqu'ils le font, elle apparaît paradoxale ou inadaptée au service. Tous ces facteurs aggravent leur situation et renforcent le processus d'exclusion dans lequel ils sont pris. Faut de ne pouvoir répondre de manière adéquate aux efforts et aux injonctions du service d'aide, ils finissent par être mis à la porte.

Ces gens se retrouvent alors entraînés dans une partie de « ping-pong » institutionnel : allant d'une structure à l'autre sans jamais rencontrer un interlocuteur valable. Les hôpitaux et les services sociaux se renvoient la balle : d'un côté, ils ne sont pas assez « fous » pour être hospitalisés, de l'autre, ils sont déjà trop déstructurés pour mener à bien des démarches administratives ou adhérer à un programme de réinsertion sociale. Des deux côtés, les institutions ne trouvent pas de réponse à leur fournir. Les patients, eux, continuent d'errer.

### Intervenir en rue

Dans ces circonstances, l'idée d'une intervention extra muros, sur les lieux de vie ou de passage, vise avant tout à entrer en contact avec cette population qui apparemment ne « veut » rien ou ne « demande » rien. Il s'agit pour nous de créer du lien, principalement une autre forme de lien que celle à laquelle ils sont habitués. Car, le plus souvent, le souvenir des violences vécues dans le passé contamine les relations actuelles, devenant sources d'angoisse et de menace. Notre première intention est de tenter de recréer un lien qui ne soit pas intrusif : un lien pacifié, tranquille, sans exigences particulières afin de permettre au sujet de s'exprimer et d'être reconnu pour ce qu'il est et dans ce qu'il fait.

Il ne s'agit donc pas de proposer des solutions, ou encore moins d'imposer des points de vue visant à convaincre le patient de faire telle ou telle chose, mais d'ouvrir un espace de rencontre au sein duquel quelque chose de nouveau, une autre façon de faire avec son corps, les autres, le monde, puisse advenir.

Nous abordons les gens avec l'idée que nous ne savons pas mieux qu'eux ce dont ils ont besoin, mais au contraire en supposant qu'ils le sachent eux-mêmes plus ou moins. Nous sommes là pour nous laisser enseigner par eux. Dans le meilleur des cas, l'intervenant pourra être élu par le sujet comme digne de confiance et lui servir à élaborer son vécu : mettre en mots les éprouvés sensoriels qui, généralement, ne s'épuisent que dans le registre du passage à l'acte.

### Un point d'ancrage sur mesure

Je reçois Elise depuis 6 mois. Abandonnée par son père à 3 ans, battue par sa mère et son beau-

père, violée à 12 ans par son oncle ; voilà comment elle se présente dès le premier entretien. Ces éprouvés traumatiques n'ont jamais trouvé la voie de la symbolisation. Ils restent en elle comme des corps étrangers, des masses obscures, trop réelles. L'angoisse suscitée par ce réel inassimilable au sens et à la parole fait retour régulièrement dans sa vie lors de ses rencontres. Pour elle, le passage à l'acte reste l'unique solution qu'elle a trouvée pour s'apaiser.

A l'école, pour régler les difficultés de communication qu'elle a avec ses camarades et ses professeurs, elle frappe, jette des chaises en classe, se tape la tête contre les murs, menace de les tuer avec ses ciseaux. Elle passe alors d'une institution à l'autre, puis, à sa majorité, sans structure d'accueil adaptée, elle se retrouve en rue. Elle erre, entre dans des réseaux, squatte à gauche et à droite. Elle rencontre des hommes, ça se passe mal. Puis, elle rencontre Luca dans une maison d'accueil : c'est l'amour, le coup de foudre. Pour évacuer la tension qu'elle ne peut traduire, elle crie, frappe son compagnon, tente de mettre fin à ses jours. Un matin, Luca (que je rencontre régulièrement en rue) m'appelle. Il aimerait prendre rendez-vous avec moi, « pour une amie ». Je rencontre alors Elise, une ou deux fois. Après, elle ne viendra plus. Quand ça va mal, elle m'appelle et nous fixons un autre rendez-vous. Parfois elle vient, parfois pas.

Elise est typiquement le genre de personne qui met en échec tout le réseau d'aide et de soin. A l'hôpital, quand on la voit arriver, on la met dehors. De toute façon, elle ne veut pas se faire hospitaliser ! C'est souvent la police qui l'amène là, ne sachant pas quoi faire avec elle... Les services sociaux sont dans le même embarras. Elle ne cherche pas de logement, elle n'a pas de véritable demande, donc ils ne savent rien faire. L'urgence sociale non plus n'en veut plus ; elle a épuisé leurs ressources, refusant trop souvent leurs propositions. Cela signifie que si un soir elle est à la rue, elle y reste. Plus personne ne veut la prendre en charge. Comment s'y prendre pour devenir un interlocuteur pour elle, dans un monde

où à la fois elle ne veut frapper à aucune porte et où toutes les portes se ferment ?

En la recevant et en lui consacrant un espace de parole lui permettant de s'exprimer, en tant que sujet, sur ce qu'elle vit, sans être jugée ni écrasée sous les injonctions de l'Autre, Elise a pu, petit à petit, calmer ses angoisses et substituer la parole au passage à l'acte (dans une certaine mesure). Elle vient récemment de faire le choix d'aller voir un psychiatre, afin de remettre en place une médication. Elle demande que je l'accompagne car seule, face au médecin, son corps se contracte et elle ne sait plus parler. Ce petit passage par l'Autre, cette demande apparemment insignifiante, est pour elle un moment rare qui ne fait pas du tout partie de ses habitudes. Elle vit plutôt dans l'isolement, en fusion avec son compagnon, coupée de sa famille, sans amis.

### Rencontrer un *autre* Autre<sup>4</sup>

Offrir une autre modalité de présence que celle dont souffre le patient et dont il se méfie, nécessite avant tout d'aménager une place pour les dires du sujet afin de repérer quelles sont les coordonnées qui déterminent son rapport à l'Autre. A partir de là, il sera possible d'ouvrir un autre mode de relation qui se décale par rapport à ces coordonnées et aux difficultés qui en découlent. Dans ce nouvel espace relationnel, la rencontre opérée entre le sujet et l'Autre pourra lui ouvrir de nouvelles possibilités de choix et d'autres modalités de traitement de la pulsion qui le ravage.

Pour l'intervenant, il s'agira de mettre de côté ses idéaux thérapeutiques et sa volonté de « guérir » ou de « sauver » l'autre à tout prix. Car l'expérience avec ce public de la rue nous montre à quel point une telle attitude interventionniste ou volontariste cause plus de ravages que d'apaisement et de stabilisation<sup>5</sup>.

Nous constatons qu'en incarnant une position « non intrusive », d'accueil, qui se veut être l'envers d'un rapport d'autorité, de savoir ou

d'éducation, nous facilitons l'émergence d'un type de relation basé sur la confiance et le respect mutuel, porteur de nouveauté relationnelle.

Nous pensons qu'en laissant une place aux constructions subjectives – aussi atypiques soient-elles – nous favorisons le maintien des solutions stabilisatrices déjà mises en place et permettons l'élaboration de formules, de modes de vie qui peuvent suppléer à la précarité symbolique originaire. Mais tout ceci demande du temps et beaucoup de patience face aux répétitions et aux rechutes fréquentes.

Sommes-nous prêts à accueillir ces sujets et à accorder une place à leur « bizarrerie » en espérant par là que quelque chose s'apaise pour eux ?

Oserons-nous encore la rencontre avec les plus démunis alors même qu'il semble nécessaire, pour qu'elle se réalise, d'abandonner une position de savoir et d'adopter une modalité de présence « non intrusive », soutenant l'ouverture aux possibilités d'être ? ●

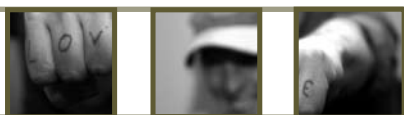
<sup>1</sup> Cette unité mobile de psychologie correspond à 1 ETP (Equivalent Temps Plein) de Psy mobile. Elle est dirigée par le Dr. Valérie Samain et financée par le Plan de Cohésion Sociale de la ville de La Louvière.

<sup>2</sup> Voir bibliographie p.48, référence 43.

<sup>3</sup> Voir bibliographie p.48, référence 19, pp. 9-38.

<sup>4</sup> Voir bibliographie p.48, référence 47, pp.101-112.

<sup>5</sup> Voir bibliographie p.48, référence 10.



# Santé mentale, pauvreté et précarité : De la nécessité pragmatique d'un point de vue critique

En abordant la santé mentale comme un volet spécifique de la santé publique, la thèse générale de cet article acte une différenciation conceptuelle entre systèmes de soins (psychiatrie) et santé publique (santé mentale). Classiquement, la santé publique tient compte du rôle des systèmes sociaux, du genre, des stratégies d'adaptation, de l'influence des styles de vie, et bien sûr des conditions de vie. En ce sens, une approche de santé publique en santé mentale ne peut faire l'impasse de la manière dont se reconfigure la question sociale en ce début du 21<sup>ème</sup> siècle<sup>1</sup>.

---

**Christian LAVAL**<sup>2</sup>

Docteur en Sociologie, ONSMP, Lyon (F)

---

## Un peu d'histoire...

La question du rapport entre maladie et pauvreté s'est posée lorsque les États se sont attribués un devoir d'assistance aux populations vulnérables : indigents, infirmes et plus largement enfants et vieillards. Depuis qu'ils se substituent aux modes d'assistance traditionnelle d'essence religieuse, les États ont hérité du devoir de s'occuper des pauvres.

De ce fait, pouvoir distinguer pauvres et malades est apparu, dans le cadre des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance, une question de plus en plus cruciale. Mieux définir le type de relation entre santé et conditions de vie devient secondairement un préalable qui s'impose aux politiques.

Il est possible de repérer dans ce travail de définition deux étapes historiques : Une première étape consiste à objectiver au-delà des états de pauvreté, des faits d'inégalités sociales de santé. Une seconde étape, ayant intégré les inégalités de santé comme des données objectives, s'intéresse alors aux vécus subjectifs des personnes soumises à des processus de précarisation sociale. Elle authentifie, à côté de traitements inégalitaires, des processus

subjectifs de vulnérabilisation sociale et psychique. Documentons plus précisément ces deux moments.

## Pauvreté et inégalités sociales de santé

La pauvreté vise une partie plus ou moins importante (selon l'état de richesse d'un pays) de la population. Les pauvres sont dépourvus de patrimoine et de capital social et culturel tels qu'ils sont valorisés par la société du moment. Ainsi, selon les époques et les pays, les critères de mesure de la pauvreté varient. Autre variation, toujours selon les époques et les pays, la pauvreté relève de politique de charité et/ou d'assistance et/ou de solidarité. Il s'agit soit de donner un peu plus à ceux qui n'ont rien, soit de redistribuer les richesses collectives de manière plus équitable. Si on en reste au premier cas, on peut authentifier des populations pauvres sans aborder la question des inégalités sociales de santé et surtout celle des causes économiques et politiques qui sont à l'origine de ces inégalités.

Aujourd'hui, alors qu'il est établi que les populations pauvres sont plus malades et meurent plus tôt que les riches, le concept d'**inégalité**

**sociale de santé** acquiert un sens précis. En vis-à-vis de celui de pauvreté, il vise l'ensemble structuré d'une société inégalitaire, parce que composée de classes, de genres, de catégories socioprofessionnelles différentes. En utilisant les statistiques épidémiologiques et les outils de la santé publique, cette approche par les inégalités sociales oblige donc les pouvoirs publics à forger des indicateurs et des tableaux de bord afin de mieux documenter leur décision. Lorsqu'il est avéré qu'il existe une relation étroite entre position sociale et état de santé (espérance de vie par exemple), ce constat devrait logiquement les amener à construire des politiques publiques modifiant la structure même de la société, les conditions de vie et de travail et la répartition des richesses matérielles et immatérielles.

La tâche devient alors immense car il faut que cette « révolution » soit portée par le plus grand nombre. Elle réside dans une évaluation précise des différentes dimensions de la société qui contribuent à produire des inégalités, à leur donner une pondération et donc à les hiérarchiser. Il s'agit surtout, opération encore plus complexe, de comprendre les différents processus réversibles et irréversibles qui sont à l'œuvre dans l'effritement de situations tant individuelles que collectives à l'origine d'un basculement durable dans la pauvreté et dans une santé dégradée. Dans une perspective systémique, la relation entre pauvreté et santé illustre les logiques circulaires où les problèmes se conjuguent et se renforcent les uns les autres. La probabilité d'un engrenage doit rendre l'observateur vigilant sur l'imputation des responsabilités au niveau individuel ou sociétal. Si l'on compare les trajectoires des personnes issues de la rue qui « s'en sortent », avec celles qui vivent sans « chez soi », on confond les effets des dispositions individuelles avec les conséquences du fait de ne plus être sans domicile fixe !

## Précarité sociale et vulnérabilité subjective

Les termes de précarité et de vulnérabilité, apparus depuis trois décennies dans les pays occidentaux, se différencient de la notion de pauvreté. Par l'insistance qu'ils pointent sur la fragilité des individus mais aussi sur la fragmentation du lien social, ils prennent sens dans des sociétés salariales, édifiées dans le courant du XXème siècle sur le modèle de l'état social et plongé secondairement dans la crise mondialisée du néo-libéralisme financier.

La précarité concerne de fait les modifications de la société salariale. Elle se caractérise principalement par la multiplication des emplois sans statut qui sont à l'origine d'un style de vie sans avenir assuré qui peut prendre différentes

formes : itinérances, errances, ruptures de style de vie, instabilités psychoaffectives, éclatements des structures familiales.

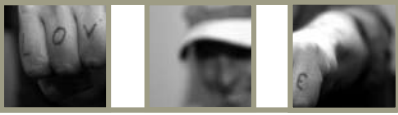
Il convient de différencier une précarité constitutive de chaque être humain qui ne peut pas vivre seul, d'une précarité exacerbée par la conjoncture sociale sus décrite. Alors que la vulnérabilité constitutive renvoie à la constitution de solidarité familiale et communautaire, la précarité exacerbée soumet les liens sociaux à des forces puissantes de fragmentation produisant des individus obnubilés par l'obsession de la perte possible d'objets, de relations, de place. La notion de « soi désaccordé » proposée dans un précédent travail<sup>3</sup> rend compte du changement en cours.

Dans la période actuelle, le cœur de cible des

politiques de santé publique en santé mentale vise moins les pathologies que la souffrance psychique ou plus précisément différents types de liens sociaux en souffrance. Dit autrement, la santé publique s'insère dans un constat socio-anthropologique large qui conjugue précarité sociale et vulnérabilisation subjective. En se préoccupant de fragmentation du lien social, elle ne vise plus seulement une politique de réduction des inégalités sociales de santé comme c'est le cas lorsqu'elle traite de la pauvreté. Lorsque l'instance sociale, (empruntant le discours de la santé publique) authentifie des processus de dé-liaison sociale à grande échelle, alors différents troubles de santé s'envisagent comme des états articulés de perte de lien, de mésestime de soi, de mépris social, de perte de la place réelle et symbolique dans le fil des générations.



*Dame Jeanne au regard-Dimah de Bray*



En vis à vis de ce constat, promouvoir du lien « positif » dans un monde vulnérable devient le mot d'ordre du moment. Pour ce faire, les acteurs sociaux dont les professionnels soignants, doivent mieux comprendre comment la société produit ou non des liens sains et non morbides.

En vis à vis de cet enjeu, les tableaux de bord, les indicateurs de santé, et même plus largement l'épidémiologie ne sont plus des outils suffisants pour agir sur la prévention des troubles. La santé publique, initialement au service de la réduction des pathologies, doit reconfigurer sa technologie. Hissée au niveau d'un dispositif de gouvernance, au nom d'un imaginaire du « bien-être en lien », elle tend à se forger une légitimité nouvelle en multipliant des programmes de prévention des troubles et de promotion du bien être tout azimut qui tentent de rattacher entre elles des subjectivités saisies sur le vif de leur fragilité.

Afin de mieux appréhender ce changement de programme, une perspective critique de la santé publique devient nécessaire.

### De la critique comme travail transdisciplinaire

La santé publique en santé mentale est à la fois un savoir et un savoir faire, une méthode mais aussi une vision du monde qui se pose en vis à vis d'autres visions parfois antagonistes.

Une telle expertise : « *si fondée soit elle, au regard d'une production scientifique qui a progressivement acquis, au travers de ces instruments de validation et de ses stratégies de reconnaissance, droit de cité dans le monde fermé des sciences biomédicales, n'épuise toutefois pas les significations des pratiques y compris discursives de la santé publique* »<sup>4</sup>. Face aux enjeux économiques, normatifs, scientifiques et sociaux qu'elle véhicule, une critique de la santé publique est devenue un exercice légitime. Au moins deux positions critiques sont identifiables : La première, de

nature politique, dans la foulée de Michel Foucault, associe santé publique et bio pouvoir. Une seconde, de nature plus anthropologique, associe santé publique et procès de subjectivation. Afin d'aiguiser l'esprit critique du lecteur, présentons ces deux approches.

Une grande partie de la première critique part du constat d'une extension exponentielle du champ de la santé publique (dont la santé mentale fait partie). Extension qui signifierait le passage d'une société disciplinaire à une société normalisatrice des conduites. La santé publique, étant à l'extrême limite comparée à une biopolice, participerait à un gouvernement des corps et des psychismes de type biomédical qui s'appliquerait d'autant plus que les gens seraient sans défense. La rationalité de cette biopolitique est à comprendre par le fait qu'en s'occupant de la vie et de la mort de la population, les États renforceraient leur puissance de contrôle sur la société. Ils seraient légitimés à intervenir sur des sujets aussi variés que l'alimentation, le milieu familial, la sexualité, la santé psychique, etc.

Cette orientation extensive est le terreau sur lequel germe une seconde ligne critique. Celle-ci part du constat qu'il existe un rapport étroit entre normalisation des conduites et pratiques de soi. Dans cette optique, le style de gouvernance auquel appartiendrait la santé mentale, mobiliserait largement l'auto-gouvernement de soi. En ce sens, le domaine qui lie précarité sociale et vulnérabilisation subjective deviendrait l'un des hauts-lieux où s'expérimenterait le mieux le management de soi-même (jusqu'à l'auto-exclusion!). Il s'agit moins ici de soigner le sujet contre les méfaits des pathologies que de le sensibiliser à l'intérêt qu'il pourrait avoir à adopter une conduite positive concernant sa santé mentale et éventuellement celle de sa famille ou de sa communauté.

Cette double critique a pris de l'ampleur ces dernières années dans le champ du soin psychique, notamment dans la communauté des

cliniciens. Il ne faut certainement pas jeter le bébé avec l'eau du bain ; toutefois, elle doit être entendue et à son tour... critiquée si besoin en est. Un travail réflexif incessant oblige les professionnels du soin psychique à être conscient que les objets (pathologies et conduites humaines) de la santé mentale sont pour partie des construits sociaux. Ce travail réflexif est aussi de nature épistémologique. En synergie avec des travaux quantitatifs et statistiques, des recherches socio-anthropologiques et historiques sont certainement nécessaires pour continuer à remettre sur l'établi, chaque fois que nécessaire, les quatre grands axes structurants le champ d'investigation de la santé mentale ; à savoir :

- ▶ La santé mentale est une discipline qui appartient de facto à la santé publique ;
- ▶ Le dégagement de la santé publique du paradigme curatif est un continuum historique ;
- ▶ L'association entre inégalités sociales de santé et conditions de vie est un fait objectif ;
- ▶ En contexte de précarité, la question de la fabrication de la subjectivité est en train de donner lieu à une forme d'action publique risquée pour la liberté individuelle.

Confrontée à ces axes qui sont autant d'enjeux sociétaux, la santé mentale doit être identifiée comme une activité politique dont la compréhension relève pour partie de la sociologie de l'action et des sciences politiques. C'est le processus même de construction du problème public de santé mentale qui est au fondement même de sa rationalité. ●

<sup>1</sup> L'auteur appuie sa réflexion sur les travaux de Brodiez, Callon, Lascoumes & Barthe, Cantelli & Genard, Dewey, Ehrenberg, Ion, Lascoumes & Le Galès, Laval & Ravon, Soulet ainsi que sur des publications antérieures. Voir bibliographie p.48, références 5, 6, 7, 12, 15, 27, 31, 36, 45.

<sup>2</sup> Christian Laval est Directeur adjoint de l'ONSMP (Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité) dirigé par Jean Furtos.

<sup>3</sup> Voir bibliographie p.48, référence 32.

<sup>4</sup> Voir bibliographie p.48, référence 13, p. 8.

# Comprendre la souffrance psycho-sociale

« Il faut nous aider à comprendre : il y a de nouveaux patients qui viennent dans les centres médico-psychologiques, et nous ne savons pas comment les aider, ils ne souffrent plus comme avant ».

C'est, dit Jean Furtos<sup>1</sup>, cette interpellation d'une responsable infirmière en hôpital qui l'a amené à créer l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité, pour « observer les pratiques, les penser avec les professionnels qui expriment simultanément un malaise dans le cadre de leur travail et le refus de baisser les bras, car le risque est celui du renoncement, au motif de refuser le malaise et au nom de l'argument qu'il s'agirait d'un problème politique, ce qui est rigoureusement vrai ; mais il n'en reste pas moins que la souffrance psychique d'origine sociale a des effets sur les personnes qui les vivent et sur les professionnels qui les reçoivent ».<sup>2</sup>

**Marianne PREVOST**

Sociologue, Fédération des maisons médicales

Article publié sous l'intitulé : « La souffrance psycho-sociale : regards de Jean Furtos » dans la revue « Santé Conjugée », *Vulnérabilités*, n° 48, Avril 2009<sup>3</sup>

## Pauvreté et/ou précarité sociale

Analysée par Freud dans son ouvrage « Malaise dans la culture », la souffrance d'origine sociale était le type de souffrance le plus difficile à accepter par le sujet humain : « La souffrance issue de cette source [les relations avec d'autres hommes], nous la ressentons peut-être plus douloureusement que tout autre... ». Il la liait à « la déficience des dispositifs qui règlent les relations des hommes entre eux » [famille, état, société, ...].

Cette souffrance n'a, depuis, fait qu'augmenter en lien avec la précarité croissante depuis la fin des années 1980. Pour Jean Furtos, c'est une question sociale et politique : « Il existe une précarité qui ne crée pas de lien, mais de l'isolement, de la paranoïa, de la mélancolie sociale, et que l'on observe dans le climat international de la mondialisation des flux d'argent, des biens et des personnes, produisant des effets très ressemblants en France, à Bamako ou en Australie<sup>4</sup> ».

La précarité sociale est souvent assimilée à la pauvreté. Or, si ce que l'on appelle « grande précarité est, bien entendu, synonyme de pauvreté, voire de misère, la précarité sociale, elle, est une question de seuil dans une culture donnée : on peut vivre dans une société pauvre sans précarité, on peut vivre précaire dans une société riche. La précarité n'est pas non plus synonyme d'exclusion, de clochardisation... Les visions simplistes permettent de se rassurer par une mise à distance : « c'est lui, c'est pas moi ».

## Précarité et Société

En fait, la précarité traverse l'ensemble de la société néolibérale et post-moderne : cette société est précaire, dans la mesure où « la pensée de la perte possible ou avérée des objets sociaux est omniprésente ; une fois installée, la peur de perdre draine la perte de confiance en l'avenir et dans la société ». Les objets sociaux, c'est le travail, l'argent, le logement, la formation, les diplômes... qui donnent « les sécurités de base »

dont la perte amorce la précarité ; mais on peut les posséder en ayant peur de les perdre ou de perdre les avantages qu'ils sont censés procurer (voir par exemple les menaces sur la pension). L'objet social, c'est donc quelque chose de concret, mais pas seulement : « c'est aussi quelque chose d'idéalisé dans une société donnée, en rapport avec un système de valeurs, et qui fait lien : il donne un statut, une reconnaissance d'existence, il autorise des relations, on peut jouer avec lui comme une équipe de foot joue avec un ballon ; quelquefois l'objet susceptible d'être perdu est le terrain de jeu lui-même, c'est-à-dire l'aire culturelle, et alors tout peut basculer. La difficulté commence lorsque certains objets ne vont plus de soi, par exemple le travail et le salaire, dans une société post-salariale à précarisation croissante. Ainsi, la couverture maladie universelle officialise la perte de l'objet « travail » qui n'est plus désormais le passage obligé pour le droit à l'assurance maladie ».

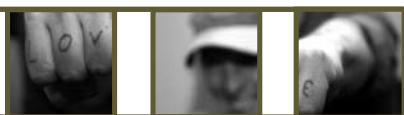
La réflexion de Jean Furtos rejoint celle de Robert Castel, qui indique différents trajets possibles vis-à-vis de la précarité, selon le schéma suivant<sup>5</sup>.

### Intégration par le travail

	+	-
+	Intégration	Assistance
-	Vulnérabilité	Désaffiliation (exclusion)

### Insertion dans le lien social

On peut passer d'une case à l'autre, selon différents trajets ; elles ne constituent pas des entités sociographiques (comme on parle d'entités nosographiques), mais plutôt des trajets possibles. Jean Furtos revisite ce schéma en fonction de l'expérience clinique, du point de vue des processus



de désillusion, de deuil, d'anticipation, c'est-à-dire par rapport à la temporalité.

Les processus psychiques dépendent donc du social ; mais « *ils ne sont pas pour autant mécaniquement déterminés : ainsi la zone de la vulnérabilité (zone 2) qui a conservé les objets sociaux, et d'abord le travail, est davantage déstabilisée que la zone 3 où les objets sociaux sont perdus et en partie compensés par des mesures d'assistance. De même, les « petits boulots » et les emplois aidés précarisent du point de vue d'une société salariale à statuts fixes, mais ne sont pas nécessairement situés en zone de vulnérabilité psychique : ils peuvent se situer dans l'un ou l'autre des cadrans selon la manière dont ils se déroulent et selon la subjectivité, et même circuler entre les cadrans dans un trajet pas toujours prévisible* ».

### Les quatre zones de la perte d'objet social

Jean Furtos développe ensuite ces quatre manières de réagir à la perte des objets sociaux.

#### Intégration par le travail

	+	-
+	<b>Intégration</b> -Précarité « normale »  -Désillusion et deuil non catastrophiques  -L'anticipation de la perte ne ferme pas l'avenir  Souffrance qui permet de vivre	<b>Assistance</b> -Précarité compensée par des objets sociaux substitutifs  -Symptômes psychiques réversibles (honte, découragement, inhibition, etc.)  -Anticipation « ouverte » (souffrance qui empêche ou permet de vivre), selon l'environnement actuel et l'histoire du sujet.  Le contrat narcissique tient: bonne santé possible
-	<b>Vulnérabilité</b> -Précarité exacerbée  -Désillusion et deuil problématiques  -Anticipation catastrophique de la perte. Peur de l'effondrement  Souffrance qui empêche de vivre, « stress », mélancolisation	<b>Désaffiliation (exclusion)</b> -Auto exclusion de soi-même → Désobjectivation → trouble des comportements  -Réversibilité problématique  -Narcissisme négatif  Souffrance qui empêche de souffrir Clinique « de la casse »

#### Insertion dans le lien social

##### ► En zone d'intégration

Dans la zone de l'intégration, la perte est pensable, et la précarité est « normale » : en effet tout être humain a à demander à autrui de l'aider à vivre : personne ne peut vivre seul, en autarcie, ou alors c'est « *l'autisme social, une nouvelle modalité de faux self qui fleurit sous nos climats* ».

Cette précarité normale est vécue de façon particulière dans une société salariale qui se fragilise et où l'individualisme s'accroît, car ceci donne le sentiment (pré-conscientisé) d'être dans une zone de passage : « *chacun sait que nous sommes sortis de ce que l'on a appelé « les 30 glorieuses » sans savoir quelles modalités vont nous permettre une nouvelle donne culturelle acceptable dans le libéralisme incontrôlé qui domine. Un certain nombre de personnes vivent convenablement en*

*anticipant un avenir possible (une perte possible) avec cette pensée : « Quoiqu'il arrive, je m'en sortirai »... Cette anticipation positive n'évite sûrement pas de souffrir, mais la souffrance n'empêche pas de vivre et d'attendre quelque chose de l'avenir. Pour autant, la dimension du tragique existe, de même qu'un certain nombre de transformations identitaires, notamment professionnelles. »*

##### ► La zone de précarité exacerbée

Dans la précarité exacerbée ou zone de vulnérabilité à la perte possible, on rentre dans une zone de vulnérabilité psychique, sans qu'il y ait perte effective des objets sociaux : « *on peut y retrouver par exemple, les cadres moyens ou supérieurs et même les fonctionnaires du public ou des collectivités locales, car les institutions sont partiellement délégitimées, tandis que certains acquis n'apparaissent plus immuables. A ce stade, celui ou celle qui a peu ou pas perdu sur le plan économique commence sérieusement à avoir peur de perdre. Il a surtout perdu confiance en l'avenir comme en autrui, aussi bien à titre individuel que collectif ; globalement, lorsqu'il voit ou entend parler des chômeurs et des sans domicile fixe, il se demande plus ou moins explicitement : « A quand mon tour ? ». Ce mouvement se caractérise, je le répète, par la peur de perdre avec perte de l'anticipation d'un avenir autre que catastrophique. Certains appellent ce mouvement ' le syndrome du survivant ' ».*

C'est la zone du « stress », terme vague qui recouvre des « pré-pathologies », ou des pathologies avérées de type dépressive ou pseudo dépressive, avec décompensation somatique ou/et psychique. « *La souffrance commence d'empêcher de vivre, avec un malaise subcontinu qui atteint la qualité de la vie, et qui est, en fait, un processus de mélancolisation avec un fort sentiment de culpabilité sans objet précis : « Si l'environnement est détruit, j'en suis responsable, je suis mauvais ». On peut rapprocher ce mouvement psychique avec la peur de l'effondrement décrite par Winnicott, dont on sait le rapport à la défaillance de l'environnement primaire, en continuité diachronique avec le*



culturel, et même, selon notre hypothèse, avec le socio-économique ».

Dans ces deux zones, les objets sociaux sont globalement conservés, ce qui n'est plus le cas pour les deux autres ; c'est là que commence la clinique psychosociale, qui s'observe d'abord sur les lieux du travail social.

#### ► La zone d'assistance

Dans la zone de l'assistance et de l'insertion, « certains objets sociaux sont perdus. C'est le cas du chômeur de longue durée (ou même qui vient juste d'entrer dans cette catégorie de turbulence), c'est le cas des RMIstes. Nous constatons ici des effets psychiques réversibles dans la mesure où le contrat narcissique « tient », mais avec un processus croissant de vulnérabilité. Citons comme processus réversibles la honte et le découragement, deux des symptômes qui, avec l'inhibition, constituent pour le psychiatre Jean Maisondieu la triade de l'exclusion. Bien sûr, la honte n'est pas bénigne, elle empêche de parler, de sortir, de faire ses courses, de demander quelque chose pour soi, tandis que le découragement, sans se superposer exactement à la pathologie dépressive, peut conduire au suicide ou rendre compte de l'inhibition à agir ».

Jean Furtos insiste sur le fait que cette souffrance, généralement repérée sur les lieux du social, et non dans le champ du sanitaire, peut être aidée par les modalités concrètes et subjectives de l'aide sociale, au sens large : « Les personnes ont toujours un désir qui permet d'animer un projet, soit par l'ambition de « s'en sortir » et de repasser dans une zone d'insertion moins précaire, soit par l'espoir de s'organiser convenablement et durablement dans cette zone d'assistance (avec ou sans système D) qui permet de vivre... Il suffit que la personne honteuse ou découragée entre dans une relation de respect et d'aide pour qu'elle retrouve courage et fierté. Nous sommes dans une pathologie qui réagit aussi bien à ce qui va mal qu'à ce qui va bien, donc assez proche de la santé ».

« Je reste stupéfait », ajoute-t-il, « que la notion d'assistance soit devenue aussi dévalorisée depuis quelques années, comme s'il s'agissait d'une perversion avérée. Assister une personne en difficulté n'a rien de péjoratif. Par contre, il convient d'en connaître les effets pervers, comme l'on parle des effets iatrogènes de certaines thérapies médicales. La chronicité, l'impression de « tonneau des danaïdes » à remplir en permanence peut d'autant plus décevoir qu'on se trouve en pleine idéologie de l'autonomie. Par contre, on insiste avec juste raison sur l'intérêt de faire « avec » les gens qui ont des droits, des devoirs et des compétences à ne pas sous-estimer ».

#### ► En zone de désaffiliation

« Quand tout est perdu, ou presque ». Dans la quatrième zone, tout ou presque tout est perdu, même le narcissisme (dans le sens de ce qui soutient l'estime de soi). C'est la précarité avec exclusion – où la souffrance même empêche de souffrir. « A partir de la précarité exacerbée, il est en effet possible de passer le seuil par où l'on rentre dans l'exclusion, avec perte du sentiment d'être un humain reconnu, qui entraîne souvent des ruptures familiales, lorsqu'il y a une famille. La personne ne se sent plus incluse dans la chaîne des générations ; elle peut être terrorisée et se couper de sa peur, quelque chose en elle a décidé de ne plus souffrir, « tout est perdu ». Le problème, pour ne plus souffrir certaines souffrances extrêmes (terreur, désespoir, effondrement, agonie psychique), c'est que l'on est obligé de s'exclure de soi-même, de ne plus sentir, de ne plus ressentir, et d'utiliser des mécanismes de désobjectivation extrêmement coûteux du type clivage, déni, projection. A ce stade, l'exclusion sociale se double d'une auto-exclusion psychique qui doit être considérée comme une aliénation, avec passage au « narcissisme négatif ». Le narcissisme est soumis à la pulsion de mort avec désinvestissement des représentations ».

On se souviendra à cet égard de l'ouvrage Les naufragés, de Patrick Declercq<sup>6</sup>, étude d'observation participante qui décrit avec minutie cette



Michel, Atelier des Artistes Anonymes, Clinique de Bonsecours

« auto-exclusion » psychique accompagnée d'une anesthésie du corps telle que les clochards ont des plaies béantes, voire gangrenées, mais ne les sentent pas.

### Pour une clinique de la désaffiliation

« Les ruptures du lien social s'accompagnent de problèmes de santé graves sur le plan somatique autant que du comportement, et l'on peut dire que la souffrance non assumée par le sujet peut tout au plus être portée par les aidants. La réappropriation longue et difficile n'est jamais certaine, au contraire de la réversibilité du stade précédent. Méconnaître cette clinique de la désaffiliation et ses particularités met véritablement l'aidant en difficulté extrême parce qu'il ne comprend rien à ce qui se passe ».

<sup>1</sup> Jean Furtos, psychiatre, a fondé en 1996, à Rennes, l'Observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (ORSPERE), dénommé depuis 2002, au regard de ses activités nationales, l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMMP). L'Observatoire publie la revue Rhizome, accessible sur son site [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr).

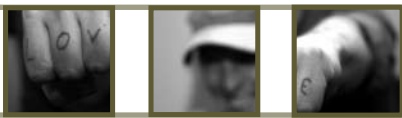
<sup>2</sup> Voir bibliographie p.48, référence 14.

<sup>3</sup> Avec l'aimable autorisation de l'auteur et de la Fédération des maisons médicales. Cette contribution est extraite d'un dossier consacré aux Vulnérabilités et se réfère à un article sur « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », dont il reprend de larges extraits (en italiques dans le présent article, sauf indication contraire). Voir bibliographie p.48, référence 14.

<sup>4</sup> Voir bibliographie p.48, référence 20.

<sup>5</sup> Voir bibliographie p.48, référence 8.

<sup>6</sup> Voir bibliographie p.48, référence 10.



# Pour une Europe plus solidaire

## 2010, Année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Près de 80 millions d'européens vivent sous le seuil de pauvreté. Ils sont nombreux à éprouver des difficultés à rencontrer leurs besoins élémentaires. Quelles sont les réalités européennes et que recouvrent-elles dans nos contrées, les plus riches de la planète ? Quels sont les moyens mis en œuvre pour y faire face ? Parmi les problèmes soulevés, quelle place occupe la souffrance psychique ? En santé mentale aussi, la pauvreté préoccupe parce qu'elle touche nombre d'usagers de nos services et va souvent de pair avec une fragilité psychique. « Santé Mentale Europe » s'est penchée sur la question et a fait entendre ses recommandations.

Bilan d'une année qui a eu le mérite d'en parler...

---

Synthèse préparée et mise en forme par  
**Hélène CARPIAUX**, IWSM

---

**A**nimée par un principe de solidarité, l'Union européenne s'est associée aux États membres pour faire de 2010 l'Année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Malgré les efforts déployés par la stratégie de Lisbonne depuis 2000, une part significative de la population européenne vit encore dans le dénuement et n'a pas accès aux services de base. Les chiffres sont éloquentes. Parmi les plus significatifs : 80.000.000 personnes vivent sous le seuil de pauvreté (fixé à 60 % du revenu médian de leur pays), soit 17% de la population européenne ; 1 européen sur 10 vit dans un ménage où personne ne travaille ; 1 enfant sur 5 est menacé par la pauvreté.

### Pourquoi cette mobilisation ?

2010 marque un tournant décisif vers une Europe au visage plus humain. « *Le choix de la*

*thématique pour cette année n'était pas anodin. L'idée était de rappeler le travail accompli ces dix dernières années et de donner un élan pour construire une Europe plus juste, plus solidaire pour les années à venir* », explique Anne Degrand de la DG Emploi, Affaires sociales et Egalité des Chances de la Commission européenne et coordinatrice de l'Année.

Les objectifs sont multiples. D'abord, celui de reconnaître le droit des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale à vivre dans la dignité et à jouer un rôle actif dans la société. L'année européenne s'est d'ailleurs attachée à donner la parole à ceux qui vivent au quotidien la pauvreté et l'exclusion sociale. Mais la mobilisation vise aussi à promouvoir plus de cohésion et d'inclusion sociales dans la société et à réaffirmer l'importance de la responsabilité collective dans la lutte contre la pauvreté, avec l'aide de tous les européens, quels qu'ils soient.

### Au-delà des stéréotypes

Au-delà du manque d'argent, la pauvreté peut revêtir plusieurs visages. Elle va de pair avec l'exclusion sociale. En plus des problèmes bien connus comme la précarité du logement ou le sans-abrisme, les personnes en situation de pauvreté risquent également de devoir faire face à toute une série d'autres difficultés en lien par exemple avec la santé et les soins, l'éducation, la formation, l'emploi et les loisirs, l'argent et le surendettement ou encore les nouvelles technologies comme Internet. Comment tolérer que des personnes n'aient pas accès aux droits les plus élémentaires, tels se nourrir, se soigner, se loger décentement ? Pour certains, c'est un combat quotidien d'arriver à joindre les deux bouts.

Il faut aussi lutter pour une meilleure intégration des objectifs d'inclusion et de cohésion sociales, afin de dépasser les seules mesures relatives à l'emploi. Même si le chômage engendre un risque de pauvreté important, l'emploi ne constitue pas toujours une garantie...

Tout le monde est susceptible de tomber dans la pauvreté à un moment ou l'autre de sa vie. Cependant, certaines catégories sont plus vulnérables : les familles avec enfants – en particulier les familles nombreuses ou monoparentales –, les personnes âgées, les personnes handicapées et les immigrés. Toutes catégories de population confondues, les femmes sont en outre davantage touchées par la pauvreté que les hommes.

### Des objectifs chiffrés

Lors de la session de Clôture de l'Année, ce 17 décembre 2010, le Secrétaire d'Etat belge à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté, Philippe Courard, a souligné que « *depuis cette année, et c'est une avancée majeure, la pauvreté est devenue l'un des cinq piliers des objectifs de l'Union européenne repris dans la Stratégie 2020* ».

Dans la « Déclaration finale du Conseil européen en matière de lutte contre la pauvreté », les représentants de l'Union se sont engagés à réduire de 20 millions le nombre de personnes vivant en situation de pauvreté d'ici dix ans. Pour la première fois, un objectif chiffré est fixé en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. « *Cette année est le clair symbole que l'UE veillera à ce que tous les citoyens aient une place* » a proclamé José Manuel Barroso, Président de la Commission Européenne dans la perspective de cet engagement vers une Europe plus inclusive.

Quant aux trois priorités fixées par la Présidence belge, à savoir : la lutte contre la pauvreté infantile, l'inclusion active et la lutte contre le sans-abrisme, elles se retrouvent bien dans la « Plateforme européenne de lutte contre la pauvreté » mise en place pour assurer le suivi de la Déclaration politique.

### Un belge sur sept en risque de pauvreté<sup>1</sup>

En Belgique, le Baromètre interfédéral de la pauvreté a été édité en 2009<sup>2</sup>, dans le cadre du Plan fédéral de Lutte contre la Pauvreté. Il a pour but de mieux faire connaître la pauvreté pour mieux la combattre, et ce dans tous ses aspects.

► Un Belge sur sept (15% de la population) vit en-dessous du seuil de pauvreté, c'est-à-dire avec un revenu inférieur à 899 € par mois pour un isolé ou à 1.888 € par mois s'il s'agit d'une famille avec 2 enfants. Ce sont donc environ 1,6 million de personnes qui vivent dans cette situation chez nous. Selon les Régions, le pourcentage varie de 10% en Flandre, 20% en Wallonie à 26% dans la Région de Bruxelles-Capitale ;

► 8 % de ces personnes ont reporté ou annulé des soins de santé pour raisons financières contre 3% pour la population totale, et ce, sans compter tous ceux qui ne prennent pas rendez-vous ;

► 43 % de ces personnes renvoient une évaluation négative de leur santé, contre 26 % pour la population totale ;

► Les personnes sans diplôme ou avec un diplôme de l'école primaire ont un risque de pauvreté deux fois plus important que celles qui ont terminé le secondaire. De plus, les personnes peu qualifiées vivent moins longtemps en bonne santé ;

► 35 % des demandeurs d'emploi vivent sous le seuil de pauvreté. Avoir un emploi protège assez bien du risque de pauvreté même si ce n'est pas une garantie suffisante. 5% des travailleurs sont pauvres ou risquent de le devenir ;

► Le risque de pauvreté pour les familles avec enfants où le couple ne travaille pas est de 75%, un chiffre très inquiétant quand on sait que la pauvreté se transmet souvent de génération en génération.

### Côté « santé mentale »

Dans le cadre de l'année européenne, « Santé Mentale Europe » (SME) a formulé, lors d'un colloque<sup>3</sup> qui s'est tenu fin octobre, une série de recommandations pour une meilleure prise en compte de cette problématique à deux visages. « *Les personnes vivant sous le seuil de pauvreté sont quatre fois plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale* », souligne Hana Horka de la Commission européenne (Direction Générale de la Santé et des Consommateurs), à propos de l'*Eurobaromètre*<sup>4</sup>. « *Et une personne sur sept, soit 15 % des européens en situation de pauvreté demandent une aide professionnelle pour un problème émotionnel ou psychologique* ». Occulter les problèmes de santé mentale des personnes en situation de pauvreté reviendrait à nier la pauvreté en tant que telle, tant les deux thématiques sont fréquemment liées. C'est pourquoi, usagers et professionnels se sont réunis pendant deux jours pour alimenter les réflexions sous différents aspects.

### Une politique d'emploi adaptée

Le travail mène-t-il toujours à une meilleure qualité de vie ? Quelles solutions pour les personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale quand on connaît leurs difficultés d'accès à l'emploi, et de maintien de l'emploi ? Cette question occupait une place majeure dans la réflexion des participants au colloque. « *Lorsque vous avez un congé de maladie très long, cela détériore encore votre santé* » souligne un des nombreux usagers présents dans les débats.

Dans notre société occidentale, il faut reconnaître que l'emploi permet de lutter contre la pauvreté mais améliore aussi la qualité de vie en termes d'estime de soi. Pour nos usagers, il n'est pas toujours possible de mener à bien un travail qualifié même s'ils ont le diplôme requis. Un participant confirme : « *tout le monde ne peut pas revenir sur le marché du travail, ce n'est pas une solution appropriée pour tout un chacun, il faut voir au cas par cas* ».

C'est pourquoi, SME préconise une approche personnalisée et flexible, soutenue par un dialogue entre agences d'emploi et acteurs de santé mentale. Il s'agit de rencontrer les véritables besoins des personnes et de lutter contre la stigmatisation sur le lieu de travail. Un objectif qui sera difficile à atteindre dans une économie de marché ! Les initiatives telles que les emplois protégés restent une piste intéressante mais le cloisonnement des financements constitue un frein au développement de tels projets.

### « Empowerment »

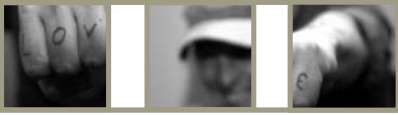
Pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale, les acteurs de santé mentale encouragent aussi l'empowerment. Ce paradigme que l'on définit comme « le fait de reprendre le pouvoir sur sa vie » donne un cadre idéal pour l'inclusion sociale au sens large, santé mentale compris.

Les soins individuels en effet, habituellement, ne suffisent pas. Un processus de responsabilisation et d'autonomisation doit pouvoir se construire. L'empowerment s'inscrit dans une perspective de citoyenneté à part entière. La responsabilisation permet aux gens de se sentir utiles dans la société, c'est le début de l'inclusion. Cette dynamique encourage la participation à partir de l'expérience du vécu des personnes et la prise de conscience de leurs droits. Elle s'inscrit dans le collectif.

### Recréer du lien social

Seule en effet la personne pourra plus difficilement s'en sortir... Or, parmi les facteurs de risque qui peuvent conduire à la pauvreté, on trouve souvent une rupture des liens sociaux et familiaux. Comment dès lors, soutenir et/ou recréer des liens sociaux ?

De l'implication des acteurs sociaux et de la personne en souffrance dépendra la réussite du processus. Le temps est également capital pour y arriver lorsque les personnes sont en désaffiliation profonde.



## Aller vers

Et si des soins s'imposent...

On sait que la stigmatisation dont souffrent les personnes en situation de précarité représente un obstacle sur le chemin des soins en santé mentale, déjà difficile à parcourir pour tout un chacun... Différentes expériences montrent qu'il y a d'autres manières de s'adresser à ces personnes, pour qu'elles aussi aient accès aux soins qui leur sont nécessaire, comme les unités mobiles en psychiatrie.

C'est la perspective qui est aujourd'hui soutenue dans notre pays, avec la réforme « 107 » qui vise la désinstitutionnalisation des soins psychiatriques. Les services seront amenés à rencontrer la personne directement dans son milieu de vie, ce qui risque de modifier les modalités de travail, comme le souligne Christiaan Decoster, Directeur Général du SPF Santé : « *Le professionnel de la santé devra tenir compte des réalités sociales et culturelles avec lesquelles il sera en contact* ».

## Recommandations

« *Pour créer de l'espoir, il est important de créer des opportunités pour les personnes en situation de précarité et de les traiter, non pas comme des victimes ou des bénéficiaires mais plutôt comme des citoyens* », s'est exprimée l'ancienne présidente de SME, Malgorzata Kmita, à l'issue du colloque, avant de formuler 9 recommandations dont voici les grandes lignes:

1. La santé mentale soutient la création de communautés de vie résilientes et fortes. La solidarité sociale est capitale et doit se développer au nom de l'inclusion sociale au départ des programmes des différentes directions générales de la Commission européenne. Il est important de synchroniser le travail tant des politiques que des ONG pour plus de synergie et moins d'exclusion.
2. Santé Mentale Europe pourrait être le baromètre des changements. Il en prendra la mesure en s'appuyant sur l'observation et sur l'échange entre acteurs.

## Des initiatives en Wallonie

Dans le cadre des ateliers du colloque SME, des initiatives wallonnes pour lutter contre le cercle vicieux de la pauvreté et de la santé mentale ont été mises en exergue, par exemple :

### ✓ Le Relais social de Liège

Contact : 04/230.53.70 – info@rspl.be – www.rspl.be

*Dans le cadre du projet « Précarité et santé mentale », le service « La Fontaine » offre aux personnes précarisées des consultations psychologiques et psychiatriques. L'objectif est de leur apporter un premier soin de secours et de les orienter vers des services de soins classiques. Pour ce faire, le travail en réseau est indispensable. Les réorientations vers les médecins généralistes sont souvent porteuses, plus encore lorsque la personne peut être accompagnée par le service d'accueil. Les personnes peuvent aussi s'investir comme bénévoles à la cafétéria sociale et retrouver un sentiment d'utilité sociale, une certaine dignité.*

### ✓ « Fil à Fil », Liège

Contact : Site Petit Bourgogne à Liège : 04/254.78.72 – filafil@isosl.be / Service ambulatoire (SSM Angleur) : 04/365.14.53 – filafilangleur@isosl.be

*L'unité de parentalité et du lien « Fil à fil », service ambulatoire intégré au SSM d'Angleur, offre des soins thérapeutiques aux familles lorsque les parents souffrent de problèmes psychiques. La pauvreté aggrave la santé*

*mentale et crée une plus grande fragilisation contre laquelle lutte ce service. Les parents sont accompagnés dans le lien parental de la période pré-natale jusqu'aux 8 ans de l'enfant. Il s'agit de prévenir les troubles de l'attachement et de favoriser le développement psychique de l'enfant. A domicile ou à l'hôpital psychiatrique, les moyens thérapeutiques utilisés sont variés. Le travail s'envisage en réseau avec les médecins, les psychiatres, les maisons médicales et le secteur de la petite enfance.*

### ✓ « AIGS », Liège

Contact : 04/228.89.89 – www.aigs.be

*Les services de santé mentale de l'AIGS, Association Interrégionale de Guidance et de Santé, à Liège, compte chaque année 6000 usagers de santé mentale dont nombre sont en situation de pauvreté. Les SSM ne peuvent répondre seuls aux besoins multiples de ce public. Pour rencontrer les besoins de cette population, elle a expérimenté des pratiques basées sur le travail en réseau, les dynamiques d'inclusion, la prévention et le social ; elle promeut aussi la cohésion sociale entre citoyens. Son intervention se situe à trois niveaux : l'implication dans le réseau institutionnel, la promotion de projets collectifs (par la mutualisation des savoirs) et le développement du projet de chaque sujet.*

### ✓ Psychic, La Louvière

Contact : 064/22.25.71 – psychic.ssm@gmail.com  
Voir pp. 16-17.

3. La crise économique est une « opportunité » pour créer une société plus solidaire, où travailler ensemble, s'engager et bénéficier du système économique plutôt que d'en être victime.
4. L'emploi des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale doit être encouragé, mais pas à n'importe quel prix : un emploi utile et valorisant, et qui a du sens dans le parcours de la personne.
5. La thérapie est une étape, pas une solution. Chacun doit pouvoir vivre sa vie et trouver sa façon de s'épanouir.
6. Il est essentiel de dépasser les plans d'action programmés en y associant les personnes qui connaissent des problèmes de santé mentale et qui vivent l'expérience de la pauvreté. SME a soutenu le Pacte européen sur la Santé Mentale et le Bien-Être, mais il faut aller au-delà.
7. Il faut mettre l'accent sur les capacités et la créativité

des gens. Les personnes qui connaissent des problèmes de santé mentale et de pauvreté ne sont pas seulement des victimes. Au contraire, elles ont de l'expertise et des connaissances, à reconnaître et à valoriser, par exemple dans le cadre de formations.

8. Il faut veiller aux synergies entre progrès économique, social et droits de l'homme et promouvoir ces droits à différents niveaux.
9. La lutte contre la stigmatisation doit s'envisager dès le plus jeune âge pour une plus grande sensibilisation et participation des citoyens de demain. ●

<sup>1</sup> Plus d'infos : [www.2010againstopoverty.eu](http://www.2010againstopoverty.eu) et sur [www.bapn.be](http://www.bapn.be) (notamment le rapport sur « La consultation des personnes sans logement 2010 » présenté dans le cadre de la Conférence européenne de consensus sur le sans-abrisme les 9 et 10 décembre).

<sup>2</sup> Les chiffres sont relatifs à l'année 2008.

<sup>3</sup> « Défier la pauvreté-crée de l'espoir. Rompre le cercle vicieux de la pauvreté et des problèmes de santé mentale ». Santé Mentale Europe (SME) avec le soutien de la VVVG et de l'WSM, Bruxelles, les 21 et 22 octobre 2010.

<sup>4</sup> « Report on analysis of survey on the link between poverty and mental health problems », SME, octobre 2010.

# Rebirth

Paris, Rencontre vidéo en Santé mentale, 2008.

Sur l'écran, un ex-sdf témoigne de son parcours de vie dans la rue.

Dans la salle, Arnaud, 15 ans, est bouleversé, remis en contact avec ce moment pas si lointain de sa vie où il passait la journée, ivre sous les ponts.

Sur le chemin du retour, une certitude pour Arnaud, « Je veux faire une vidéo autoportrait moi aussi ! »<sup>1</sup>

Du décès prématuré de son papa, à sa fuite dans l'alcool sur fond de rock, il raconte son parcours difficile mais aussi ses rêves et projets d'ado.

---

## Arnaud<sup>2</sup>

---

*Je m'appelle Arnaud.*

*J'ai 15 ans.*

*Mon père est mort d'un cancer et ma copine m'a largué.*

*Voici mon histoire...*



CTJ Ado, Hôpital Vincent Van Gogh, Charleroi

*Pourquoi t'as commencé à boire ?*

Mon père, il est mort donc le 4 janvier, et après, je me suis fait largué.

*Le regard des autres, il a changé ?*

Oui, par exemple les gens normaux, ceux qui vont à l'école, ils te disent plus bonjour, ils t'évitent...

*Tu t'en es sorti comment ?*

Grace à la musique parce que c'est un truc qui m'a jamais abandonné, voilà.

Ca me soulageait de boire et de fumer et des trucs ainsi.

*Ça te procurait quelles sensations ?*

J'étais bien.

*C'est-à-dire ?*

D'habitude, je ne suis jamais heureux tandis qu'avec ça, j'étais bien, j'étais euphorique.

*C'est une sensation que tu recherchais particulièrement ?*

Oui.

*A ce moment de ta vie, le regard des autres a changé ?*

Oui parce que quand tu traînes dans la rue avec des clochards, les gens te disent plus bonjour, ils te regardent comme si t'étais de la merdre.

*T'as perdu des relations ?*

Oui.

*Et toi, ton regard sur les autres a changé ?*

Oui quand même... Dès qu'on a un petit problème, ils te parlent plus. Dès que tu déconnes un petit peu, ils t'ignorent

*Tu t'es senti rejeté ?*

Oui.

*Qu'est ce qui t'a permis de sortir de l'engrenage dans lequel tu étais ?*

D'abord, c'est ma maman, parce que quand je revenais saoul, c'est elle qui s'occupait de moi et qui regardait si j'allais bien.

Et puis, grâce à la musique et ceux de mon groupe,...

*Qu'est ce que tu ressens de particulier quand tu écoutes ta musique ?*

C'est une ambiance, tu ressens des trucs, une ambiance, une osmose, des trucs bizarres... j'adore...

*Tu vois l'avenir comment ?*

Voyager, jouer avec mon groupe, jouer...

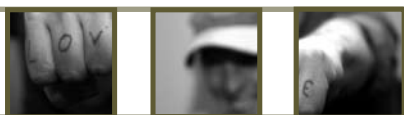
*Tu mets ça en place comment ?*

Jouer, jouer, jouer tout le temps.

Il faut super travailler et après t'es content. ●

<sup>1</sup> Témoignage retranscrit à partir de : Rebirth, Arnaud, autoportrait, 9 min, juin 2009, Production CTJ Ado, Hôpital Vincent Van Gogh, Charleroi ; Film présenté lors du festival « Images mentales 2010 », Psymages et LBFSM, Bruxelles les 16 et 17 décembre 2010.

<sup>2</sup> Nom d'emprunt.



## Paroles de sans-abri

Comment les SDF vivent-ils leur situation ? Quel regard portent-ils sur leur histoire ? Quelles embûches rencontrent-ils pour s'en sortir ?  
Témoignages et recommandations des premiers concernés.

Témoignages recueillis par **Hélène CARPIAUX**, IWSM

« Ça va, je suis habitué comme cela »,  
Frédéric, 39 ans

Mon père et ma mère m'ont abandonné à l'âge de 14 mois, c'est ma grand-mère qui m'a élevé. Malheureusement elle est morte, c'est comme cela que je suis arrivé à la rue à partir de 20 ans et que j'ai commencé à avoir des problèmes psychologiques au point de devoir être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique Saint-Martin à Dave pendant 4 ans. Depuis lors, je suis suivi par un psychiatre du CHR (Centre hospitalier régional) et je me sens mieux dans la rue qu'à l'hôpital psychiatrique.

Pendant l'hiver, je viens ici à Saint-Vincent de Paul tous les soirs. Le repas coûte 2 €. C'est un avocat qui gère mon argent. J'en ai parlé à Gérard, le responsable de ce lieu, qui lui envoie la facture directement. Le soir, Amélie du Relais santé vient nous voir avant que Saint-Vincent ne ferme. Elle m'a donné un coup de main pour prendre une douche aujourd'hui car j'ai eu un souci. Pour 22h on doit être à l'abri de nuit. S'il n'y a plus de place, on nous envoie à la caserne militaire.

Le matin, on nous réveille à 6h30 et à 7h tout le monde doit partir. Avant de prendre le bus direction Jambes, je suis obligé de faire la manche pour acheter mon ticket. Et puis, là-bas, je fais la manche à la gare, où il n'y a pas de sans-abri, pour pouvoir aller manger à 12h30 aux Sauverdias<sup>1</sup> un peu plus loin. Chacun a sa

place à table et tout le monde se connaît. C'est aussi là que je fais ma lessive. C'est eux qui gardent mes vêtements pour ne pas qu'on me les vole. Après, je reste un peu au chaud, je regarde la télévision jusque 16h30 environ, l'heure de fermeture. Je fais à nouveau la manche. Et puis je viens ici à partir de 18h, en bus ou à pied. Le mercredi, c'est jour de grâce car j'ai droit à avoir un peu d'argent de ma pension d'handicapé, 100 € maximum, souvent vite dépensés pour ma consommation de 20 bières par jour. Ça tient chaud.

Tenant compte de ma santé, il n'y a aucun gars parmi ceux qui fréquentent les Auvergnats et St-Vincent de Paul qui va accepter qu'on vienne m'agresser. Quelque part j'y viens pour y trouver un refuge, la sécurité, car dans la rue je ne suis pas toujours à l'aise. Ce n'est pas la première fois que je ramasse sur ma figure. Il y a un peu de violence avec les nouveaux qui m'agressent pour me voler mon argent. Je ne fais rien contre cela.

Gérard dit souvent que je serais mieux en institution comme une habitation protégée qui pourrait me donner un cadre de vie sécurisant. Mais moi je n'aime pas. C'est vivre en collectivité qui ne me plaît pas et les médicaments. Quand je sors de l'hosto, Gérard dit que grâce aux médicaments, je suis beaucoup plus posé, que je parle mieux et que je suis plus propre. Mais c'est plus fort que moi, je me sens enfermé. Je

préfère avoir un logement tout seul où je peux cuisiner moi-même ou rester à la rue, parce que je suis habitué comme cela depuis 15 ans.

« Il faut un abri, le temps de souffler.  
Je n'ai pas vraiment été à la rue mais SDF »  
Geneviève, 40 ans

« La lumière rouge de la détresse s'était allumée ». A femme battue, j'ai préféré la rue avec mes enfants. Et puis là, a commencé la débâcle... A qui demander un logement ? Comment demander de l'aide ?... Ce passage à vide s'est passé il y a 5 ans et a duré 2 mois.

Je ne savais pas toujours où aller dormir le soir. J'allais chez une amie, on dormait sur les fauteuils. J'ai fait 15 jours chez une, un mois chez l'autre, j'ai fait un centre d'accueil... J'ai tourné comme cela. Le matin, je mettais les enfants à l'école et puis je cherchais des solutions. C'est un bouleversement de quitter son domicile vers une liberté qui tout compte fait n'est pas facile à assumer. Je comprends que beaucoup de femmes ne partent pas de chez elles, parce que ce n'est pas facile.

Les gens que j'ai rencontrés étaient aussi en difficulté, avec un penchant pour la boisson. La plupart vivaient en caravanes car des gens à la rue à Barvaux ça n'existe pas, contrairement aux grandes villes. Pour finir, j'étais à ma bouteille de pékèt par jour. Et puis la dépression. L'un dans l'autre, c'est très très dur.

C'était un effondrement d'abord. Puis, on touche le vide. Ensuite, c'est une remise en question totale de soi-même. Je me dis qu'on a tous droit à l'erreur et qu'il faut parfois un abri où se poser, le temps de souffler avant de se relever, et pas nous assommer avec de la paperasserie.

Comme j'étais maintenue isolée par mon mari, je me suis retrouvée dans un univers que je ne connaissais plus. Je marchais la tête en bas. J'ai beaucoup fréquenté les bibliothèques et les plannings familiaux et maisons médicales pour leurs thérapies. J'ai mis en place des choses pour m'aider, c'est sûr. Cette période est floue pour moi, je n'ai plus de repères précis par rapport à l'ordre des événements.

Ce qui m'a surtout aidé, c'est la formation animation création du Miroir Vagabond. Cela m'a aidé à me resocialiser, à avoir confiance en moi,

à me recadrer dans un milieu. Tu existes, tu es et tu peux évoluer dans un milieu. Je n'y travaille pas, j'y vais pour mon bien-être et j'aime rendre service. Et puis, les assistants sociaux font beaucoup pour mes enfants qui souffrent toujours de cette période là. Forcément, j'étais très agressive parce que j'étais perdue.

Maintenant je suis sous médicaments. Je ne sais pas quoi prévoir pour la suite, j'essaie toujours de sortir la tête hors de l'eau. J'ai très peur de retomber parce que je n'oublie pas d'où je viens. C'est un combat au quotidien. Le Miroir Vaga-

bond m'offre un soutien important parce que je n'arrive plus à faire mes papiers seule à cause de ma dépression. Même un coup de fil, c'est très difficile pour moi. ●

<sup>1</sup> Les Sauverdias, Maison d'accueil.

<sup>2</sup> Recommandations formulées dans le pré-rapport final « Redessiner le droit à la santé », BAPN (le Réseau Belge de Lutte contre la Pauvreté), novembre 2010.

<sup>3</sup> Dans le cadre d'une subvention européenne, ce projet d'inclusion sociale des personnes en situation de pauvreté, a été mené en partenariat avec trois réseaux régionaux – le Forum Bruxellois de Lutte contre la Pauvreté (FBLP), le Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen (VNA) et le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP), tous membres de BAPN.

<sup>4</sup> Les patients ne paient que le ticket modérateur et le praticien se fait lui-même remboursé par la mutuelle.

## Recommandations des sans-abri<sup>2</sup>

Le 19 novembre, BAPN, le Réseau Belge de Lutte contre la Pauvreté, organisait avec les réseaux régionaux de lutte contre la pauvreté une table ronde sur le thème de la santé « Redessiner le droit à la santé »<sup>3</sup>. Sur base de leurs propres expériences, des personnes en situation de pauvreté ont formulé des recommandations concrètes en matière de droit à la santé et accès aux soins de santé, qu'elles ont présenté aux différents ministres compétents (du fédéral, des régions et des communautés). Parmi celles-ci, épinglons celles qui concernent la santé mentale.

### Promotion de la sante et prévention

- Il faut soutenir des initiatives facilement accessibles, telles que des associations où les personnes en situation de pauvreté prennent la parole.

De telles associations jouent un rôle primordial dans le développement du réseau social des participants, dans la promotion de la santé et la prévention, notamment en matière de santé mentale. Par ailleurs, sans la participation active des usagers, les réseaux intersectoriels mis en place risquent de reproduire l'exclusion et de travailler « au-dessus de la tête de la population ». Leur parole est aussi une aide considérable à l'élaboration des politiques.

### Droits des patients et égalité de traitements

- Les professionnels de la santé doivent avoir du temps suffisant pour tous les patients et doivent pouvoir garantir de bons soins.

L'opinion du patient doit être écoutée et respectée. Les médecins généralistes doivent suivre suffisamment la situation de leurs patients, par exemple en utilisant le « dossier médical global » et en s'intéressant à la santé mentale du patient.

Il faut améliorer la collaboration en réseau des différents services.

Une compréhension de la pauvreté et de la diversité devrait être un module obligatoire dans le cursus des professionnels de la santé pour garantir que

la dispense des soins de santé soit taillée sur les besoins des personnes.

### Accessibilité

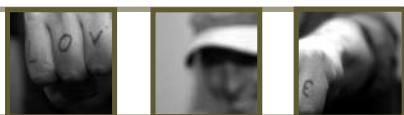
- Le coût des soins de santé doit diminuer.

L'application généralisée et obligatoire du système du tiers-payant<sup>4</sup> éviterait la stigmatisation des personnes en situation de pauvreté. Il réduirait avant tout l'entrave à consulter que représente l'avance des frais de soins. Il faut aussi promouvoir la prescription de médicaments génériques et les médicaments, pour les problèmes mentaux notamment, doivent être mieux remboursés.

- Une reconnaissance et un subventionnement structurels doivent garantir une présence renforcée, tant en qualité qu'en quantité, des maisons médicales et des wijkgezondheidscentra.

Les MM/WGC offrent une médecine de première ligne très accessible pour des personnes en situation de précarité et multidisciplinaire.

Une attention particulière doit être portée à l'accessibilité au secteur de la santé mentale. Il faut diminuer le temps d'attente pour avoir un rendez-vous dans les centres de santé mentale. Il faut également que ceux-ci disposent de moyens matériels et humains suffisants pour faire de la prévention et de la promotion de la santé.



# Mesurer le lien entre santé mentale et précarité ?

La majorité des problèmes de santé s'accroissent inversement au gradient social : quand une personne a moins de ressources pour vivre, pour saisir les opportunités de se soigner, quand elle est isolée ou accumule les accidents de la vie, ... les maladies et affections surviennent plus fréquemment, plus précocement, avec plus de sévérité et de conséquences. Les affections psychiques n'échappent pas à la règle.

**Anouck BILLIET**, Sociologue,  
**Véronique TELLIER**, Coordinatrice,  
 Observatoire Wallon de la Santé

Les affections psychiques sont plus difficiles à aborder que les maladies somatiques et ce pour différentes raisons. Notamment, parce que la conception des affections psychiques est culturellement construite. La limite entre le normal et le pathologique dans ce domaine dépend des normes en vigueur dans la société<sup>1</sup>. Par exemple, notre société a tendance à assimiler vieillesse et tristesse et à sous-estimer la dépression en tant que pathologie chez les personnes âgées<sup>2</sup>. De plus, les différences de perception entre les personnes qui souffrent d'affections psychiques et celles qui leur viennent en aide diffèrent.

A ces difficultés conceptuelles s'ajoute la difficulté d'étudier la santé mentale dans les publics qui semblent en souffrir le plus. Les grandes études épidémiologiques passent en effet à côté des publics marginalisés. Les personnes en institutions psychiatriques, les détenus, les sans-abri, les toxicomanes, etc. ne sont pas représentés dans les enquêtes de population générale.

Malgré ces difficultés, des estimateurs plus ou moins représentatifs de la réalité complexe qu'ils reflètent permettent d'aborder la question du lien entre précarité et santé mentale. La consommation de soins, la santé subjective ainsi que la satis-

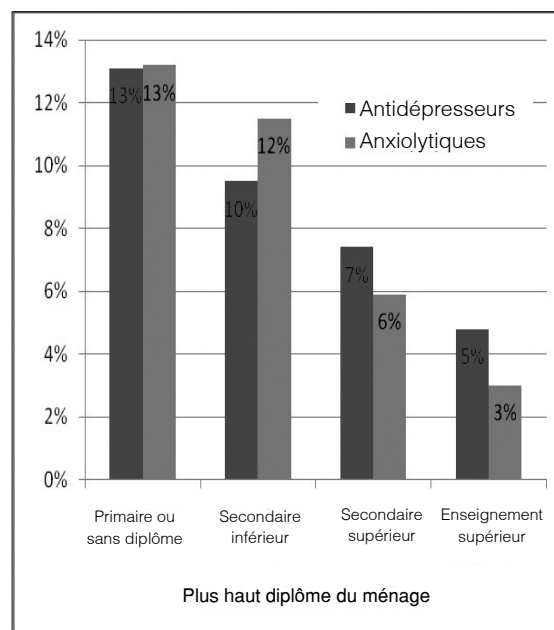
faction par rapport aux contacts sociaux peuvent refléter l'état de la santé mentale d'une population. Il faut préciser cependant que ce sont des indicateurs 'auto-déclarés' et que les différences statistiques constatées sont influencées par les différences de 'verbalisation' d'un groupe à l'autre. La mortalité par suicide est un indicateur plus 'robuste', si on accepte qu'il représente un état de maladie mentale. Pour étudier le niveau socio-économique, le niveau d'étude et le niveau de salaire sont les variables qui sont les plus utilisées dans les études.

## Les chiffres en population générale

La consommation de médicaments psychotropes est plus importante dans les groupes à plus faible niveau de diplôme que dans les groupes plus diplômés. La consommation d'anxiolytiques en Wallonie par exemple est quatre fois plus fréquente dans les ménages à faible niveau de diplôme que dans les ménages avec un diplôme de l'enseignement supérieur. La consommation d'antidépresseurs est, elle, près de trois fois plus fréquente (cfr graphique). Les publics moins diplômés sont-ils à ce point déprimés et anxieux ? Ou sont-ils de plus grands consommateurs de psychotropes pour un même état de santé ? A moins que ce ne soit les prescriptions des

médecins qui sont reflétées dans ces chiffres ? Les mêmes questions se posent pour l'admission en hôpital psychiatrique ou en service (neuro) psychiatrique. D'après les données mutualistes, en Belgique, ces admissions sont deux fois plus fréquentes parmi les affiliés issus de la classe la plus faible par rapport à la classe la plus élevée<sup>3</sup>. Il apparaît aussi que pour un problème de santé mentale donné, les publics les moins favorisés fassent plus appel aux médecins généralistes tandis que les publics plus favorisés recourent plus aux spécialistes. Par ailleurs, les effets de l'hospitalisation psychiatrique sont moins favorables quand le niveau socio-économique est faible<sup>4</sup>.

Figure 1 : Proportion de personnes qui déclarent avoir pris des anxiolytiques ou des antidépresseurs dans les deux semaines précédant l'interview, Wallonie, HIS, 20085.



Le vécu subjectif de sa santé diffère aussi, nettement, d'un public à l'autre. En Wallonie, 30% des personnes issues des familles les moins scolarisées s'estiment en mauvaise santé contre 14% dans les familles les plus scolarisées<sup>6</sup>.



Dans le domaine de sa santé affective, on retrouve encore le même gradient. Plus le salaire augmente, plus les gens déclarent être satisfaits de leurs contacts sociaux<sup>7</sup>. Ce constat est interpellant quand on sait l'importance du réseau social dans le bien être psychologique. Vincent Lorant a d'ailleurs montré que le risque de dépression est plus influencé par le réseau social que par la privation matérielle<sup>8</sup>.

Pour ne rien arranger, les difficultés mentales associées avec un niveau socio-économique faible s'accompagnent presque toujours d'autres problèmes de santé. La co-morbidité des personnes en situation de pauvreté est importante et complique la prise en charge de la souffrance globale de la personne. Par exemple, une personne sur deux ayant un trouble lié à la consommation de drogue présenterait aussi un trouble mental au cours de sa vie<sup>9</sup>. Les personnes âgées, et à plus forte raison les personnes âgées de faible niveau socio-économique, cumulent souvent différentes pathologies dont la dépression<sup>10</sup>. De plus, dans notre société, bien souvent le traitement des affections physiques est ressenti comme prioritaire, un peu comme si les dégâts psychiques étaient moins importants que les dégâts physiques.

Enfin, les causes de mortalité reflètent encore les inégalités sociales en santé mentale. En Belgique, les décès par suicide sont 1,47 fois plus fréquents dans les quartiers socio-économiquement défavorisés que dans les quartiers plus aisés<sup>11</sup>.

### Les chiffres pour les populations sans-abri

Un rapport récent de médecins du monde<sup>12</sup> sur leur activité médicale auprès de sans-abri en Belgique montre qu'il existe souvent une

pathologie psychique parmi les nombreux problèmes de santé des personnes auxquelles ils procurent des soins mais que celle-ci est rarement mise en avant comme première plainte. Quant aux motifs de consultations médicales au SAMU social, ils sont d'ordre psychologique dans 15% des cas observés. Mais lorsqu'on les

rapport d'activité 2008, le Samu social de Bruxelles relève que la deuxième cause de rupture entraînant l'accueil en hébergement concerne les problèmes psychiatriques soit 12% des motifs d'hébergement<sup>13</sup>.

### Conclusions

Malgré les difficultés inhérentes à l'évaluation épidémiologique du lien entre santé mentale et précarité, les indicateurs mettent en évidence une distribution inégale de la santé en fonction du statut socio-économique : plus de consommation de psychotropes, plus d'impression de mauvaise santé, plus de suicides, etc. Cependant, ces indicateurs reflètent plus la concomitance de ces deux problématiques qu'un lien de cause à effet.

Mais, si la description des inégalités sociales en santé mentale est nécessaire, elle ne suffit pas. Il faut s'interroger sur les causes et surtout sur les solutions qui fonctionnent pour améliorer la santé des publics moins favorisés. Y accorder plus d'intérêt permettra sans doute d'améliorer leur mesure mais surtout de garder à l'agenda l'objectif de les réduire. ●

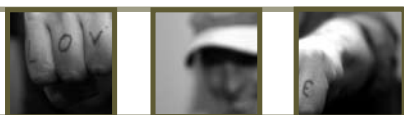


Jonathan, Atelier des Artistes Anonymes, Clinique de Bonsecours

interrogé de manière systématique, 47% des personnes interrogées déclarent avoir des difficultés à s'endormir et l'anxiété est ressentie souvent ou au quotidien par 35,7% d'entre elles. Ces résultats peuvent être les indicateurs d'une vulnérabilité accrue au niveau de la santé mentale.

A propos des pathologies psychiatriques plus lourdes, leur diagnostic est sans appel : la fréquence des troubles psychiques est beaucoup plus élevée chez les personnes sans-abri que dans la population générale. Dans l'étude du SAMU social, 17,9% des personnes interrogées souffrent de pathologie psychiatrique. Dans son

<sup>1</sup> Voir bibliographie p.48, référence 4.  
<sup>2</sup> Voir bibliographie p.48, référence 26.  
<sup>3</sup> Voir bibliographie p.48, référence 3.  
<sup>4</sup> Voir bibliographie p.48, référence 38.  
<sup>5</sup> Voir bibliographie p.48, référence 3.  
<sup>6</sup> Voir bibliographie p.48, référence 11.  
<sup>7</sup> Voir bibliographie p.48, référence 11.  
<sup>8</sup> Voir bibliographie p.48, référence 38.  
<sup>9</sup> Kessler R.C., (2004) Biol. Psychiatry 56, cité dans Lovell A.M., Substances psychoactives, troubles psychiatriques et grande précarité, INSERM, Marseille, 2005.  
<sup>10</sup> Voir bibliographie p.48, référence 26.  
<sup>11</sup> Voir bibliographie p.48, référence 46.  
<sup>12</sup> Samu social, Médecins du monde Belgique, données non publiées, 2010.  
<sup>13</sup> Samu social de Bruxelles, Rapport d'activité 2008.



## « Exister à travers ses potentiels »

Le Miroir Vagabond<sup>1</sup> s'investit depuis plusieurs années dans le développement communautaire dans le nord de la province du Luxembourg. Il mène des actions d'animation socioculturelle, d'éducation permanente, de formation, d'insertion et de logement à destination des populations fragilisées socio-économiquement et culturellement. Selon Christine Mahy, sa fondatrice, ce sont là les ficelles pour lutter contre le phénomène d'exclusion des personnes précarisées. Une approche singulière en termes de prévention et de réinsertion sociale qui a valu au Miroir Vagabond le Prix Fédéral de lutte contre la pauvreté 2010 en Région wallonne.

Rencontre avec **Christine MAHY**  
Administratrice-déléguée  
Miroir Vagabond, Bourdon

Une interview réalisée par  
**Hélène CARPIAUX**, IWSM

*Comment est né le projet du Miroir Vagabond ?*

Dans les années 80, le travail de développement communautaire n'existait qu'en milieu urbain. C'était audacieux et assez nouveau dans le travail social. Moi qui suis originaire du milieu rural, je me suis dit qu'il n'y avait aucune raison qu'un tel projet ne puisse pas exister dans ce milieu de vie. Dans le cadre de mon stage d'assistante sociale, je me suis organisée avec la société de logement social pour créer la première asbl à l'origine du Miroir Vagabond, « La Chenille », qui a existé pendant 20 ans. Mon premier réflexe comme étudiante assistante sociale était de copier-coller les projets urbains (une école de devoirs, des cours de français et des fêtes). Mais je me suis très vite rendue compte, en prenant le temps de la rencontre, que le réel besoin des gens se traduisait davantage par un besoin de reconnaissance au sein de la communauté locale marchoise. Ils

souffraient de n'être identifiés que comme « turc venu travailler dans les scieries du coin », « habitant d'une cité d'habitations sociales » ou « déficients » plutôt que comme citoyen à part entière. C'est dur de vivre avec très peu sur le plan matériel mais c'est bien pire de ne pas être considéré comme une personne. Voilà ce qui a bousculé mes représentations de l'intervention sociale pour me conduire vers la prise en compte culturelle des populations.

Les services sociaux développaient une certaine écoute, liée à des déficiences mais pas aux potentiels. Je me suis donc progressivement orientée vers un travail qui me permettait d'entrer en communication avec les autres populations et institutions de la localité. A l'époque, ça s'est traduit par exemple dans le cadre d'une collaboration avec la radio locale et cela a créé du lien.

*Votre créneau, c'est l'éducation permanente et plus particulièrement l'art comme moyen de lutter contre le phénomène d'exclusion. Pouvez-vous l'expliquer ?*

C'est une question de prévention et d'équilibre de l'individu que de pouvoir consacrer du temps à la réalisation de soi en tant que sujet. Plus la société permet aux gens de s'exprimer, de se représenter, d'occuper l'espace public, plus ceux-ci sont en état de bien-être et moins ils ont besoin de compenser par la consommation, la déglingue ou la déprime. L'idée de créer une alliance entre le travail artistique et le travail social a pris corps et on s'est mis à travailler avec des animateurs culturels, des artistes, des travailleurs sociaux pour faire émerger la bulle de réalisation et de respiration dont les gens ont besoin pour exister comme citoyen à part entière.

L'éducation permanente permet aux gens de comprendre le système socio-politique afin qu'ils ne se sentent pas responsables à titre individuel

de la situation dans laquelle ils sont. Et ils ont besoin de savoir qu'ils peuvent être agissants, capables de s'investir collectivement pour faire valoir leurs droits et pour inventer des solutions. Si on a fait le choix de l'art, c'est parce que, à côté du langage oral et écrit face auxquels nous ne sommes pas tous égaux, il y a toutes sortes de formes d'expression qui peuvent être valorisées. La formation artistique permet de produire un média (un spectacle, une fresque collective, une bd, ...) pour entrer en contact avec la collectivité, d'ouvrir des portes, de s'inscrire dans une démarche collective et d'activer une dynamisation des individus, source de bien-être. Nombreux sont ceux qui sortent d'un atelier en s'exclamant « à chaque fois que je sors de là, je pète la forme ». Quand les gens sont mis en capacité de travailler en groupe et donc de négocier, d'être reconnus pour ce qu'ils amènent sur la table, c'est important en termes de reconnaissance comme citoyen plein de potentiel.

*Comment entrez-vous en contact avec « les populations fragilisées » qui vivent l'exclusion ?*

La seule manière qu'on ait trouvée au Miroir, c'est de proposer nos projets là où les populations fragilisées vivent : dans une cité, une habitation sociale, un quartier, un camping, une école, ... Mais la proximité géographique ne suffit pas, il faut aussi toucher les gens. On a souvent utilisé un véhicule-animation ou un chapiteau comme accroche. La démarche est d'aller vers les gens en proposant des projets. On peut aussi bien débarquer avec un atelier de peinture, du théâtre, un ordinateur qu'avec une fête traditionnelle. Les animateurs vont faire du porte-à-porte pour expliquer ce qui va se passer. En général, la porte d'entrée passe par les enfants et la famille suit. Grâce aux contacts particuliers, on peut expliquer aux gens la palette de projets possibles avec le Miroir à partir des besoins des populations.

*Comment travailler la réinsertion dans le long terme avec le public des SDF ?*

Une des conditions, c'est de se donner le temps... A la conférence européenne sur le sans-abrisme<sup>2</sup>, un interlocuteur disait « finalement l'état de SDF c'est l'échec de la relation à plein d'endroits mais ce n'est pas l'échec de la relation du SDF lui-même ».

On peut se dire qu'il s'agit de donner le temps d'une accroche familiale ou sur un emploi, avec un service administratif, un CPAS, une maison de quartier ou un centre de santé mentale, ... parce que les gens viennent de quelque part avant d'être de la rue. C'est l'ensemble des professionnels en amont qui devraient s'interroger sur leur capacité d'établir le lien nécessaire pour que la situation de la personne ne se dégrade pas jusque là.

*Et au Miroir Vagabond, cela se passe comment ?*

On parle de ce qu'on fait et on se dit que, à un moment donné, quand la personne le sentira opportun, peut-être que c'est chez nous qu'elle accrochera. On ne dit pas « si les gens ne viennent pas à deux rendez-vous, c'est qu'ils ne sont pas motivés ! », ça n'a pas de sens. Il y a mille et une autres choses qui noient la tête. On se dit que la personne n'a pas d'autres solutions pour réagir pour le moment. Alors on laisse des traces, même si la personne ne vient pas ou qu'elle coupe le contact... On va laisser un papier, redonner un coup de fil, continuer à donner l'information, etc. On a souvent vu que les gens arrivent parfois longtemps après. Quand ils ont trouvé la force en eux de se mobiliser, ils viennent avec quelque chose à mettre sur la table.

A partir de ce moment-là, le travailleur doit suivre et non précéder. Il doit être davantage un support, un facilitateur, un guide, quelqu'un qui amènera des éléments de réflexion, mais jamais celui qui dira « il lui faut d'abord un logement, et puis il faut suffisamment d'argent donc il faut suivre une formation et puis un emploi ». Si la personne en est arrivée là, c'est bien parce que ce circuit clas-

sique-là ne fonctionne pas. Et je dis cela très humblement car nous aussi au Miroir, on connaît parfois des échecs. Il nous est arrivé d'accueillir dans les équipes de travail des personnes très éloignées de l'emploi.

Au Miroir, on considère aussi qu'on a à produire du travail pour que ces personnes découvrent leurs potentiels, les difficultés à dépasser, la formation dont elles auraient besoin, ... et trouvent leur chemin vers l'emploi. Plusieurs personnes qui ont eu un trajet de vie lié à la santé mentale se réintègrent très bien au travail. La particularité au Miroir est qu'on peut accompagner la personne dans ce qu'elle vit en étant attentif toutefois à ce que l'expression de ces problématiques (alcoolisme, mutilation, ...) ne nuisent pas aux autres et aux bulles de respiration qui se créent au sein de l'asbl. Quand on arrive à agrandir la plage où le problème ne nous « mange » pas, on découvre plus de « possibles » dans sa vie.

Dans l'accompagnement de la réinsertion par le travail, on essaye de mettre la personne en condition de travail, tout en acceptant des règles qui vont suivre le possible du travailleur. Il s'agit parfois de temps de travail ou on interdit certaines missions pour éviter que la personne ne soit confrontée à une réalité trop difficile à assumer. Parfois, il s'agit de ne pas forcer la personne à partager des moments collectifs (par exemple la pause de midi). Attention, je n'ai pas dit qu'on ne vivait pas aussi des échecs, mais on se doit de toujours essayer, d'y croire potentiellement.

*Le Miroir Vagabond est lauréat du Prix Fédéral de lutte contre la pauvreté 2010 en Région wallonne. Avez-vous de nouveaux projets en tête ?*

Notre désir est surtout que l'on continue à reconnaître la nécessité de ce type de travail et que celui-ci ne soit pas conditionné à des résultats immédiats comme de remettre les gens sur les rails du travail à n'importe quel rythme, dans n'importe quelles conditions, ne contribuant alors qu'à servir la production du capital (sans en avoir le retour et les bénéfices !). ●

Christine MAHY est Administratrice-déléguée de l'asbl Miroir Vagabond. Elle est aussi Présidente du Réseau Belge de Lutte contre la Pauvreté, du Centre de Médiation des gens du Voyage en Wallonie et Secrétaire Générale du Réseau wallon de Lutte contre la Pauvreté.

Née en 1960, assistante sociale de formation, Christine Mahy s'est investie dès les années 80 dans le développement de projets socio-culturels collectifs dans le nord de la province du Luxembourg, avec une attention particulière pour les populations fragilisées.

Dans le souci de contribuer au bien-être avec et pour tous, elle mène une vie professionnelle et militante foisonnante :

- ▶ Animatrice en éducation permanente dès 1984, elle sera ensuite directrice de la Maison de la Culture Famenne-Ardenne jusqu'en 1998.

- ▶ Encore étudiante, elle crée en 1981 un projet de quartier qui deviendra l'asbl « La Chenille », premier projet collectif de développement communautaire et premier centre d'alphabétisation dans sa région, qui deviendra « le Miroir Vagabond » après une fusion avec l'asbl Créan (création-animation). Elle donne aussi l'impulsion à la création du 1er relais infor-jeunes dans la province.

- ▶ Elle s'investit également dans la mise en place d'une agence immobilière sociale et d'une association d'insertion sociale, « Clair et Net », avec les habitants de camping.

Christine Mahy est nommée Personnalité wallonne de l'année 2005 par l'Institut Jules Destrée pour rendre hommage à son action socio-culturelle en Wallonie.

Miroir Vagabond

📍 Vieille Route de Marenne 2 - 6990 Bourdon

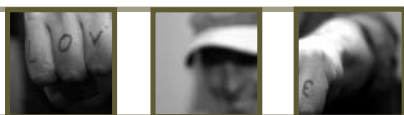
☎ 084/31.19.46

fax : 084/31.50.08

✉ bureau@miroirvagabond.be

<sup>1</sup> Portée par une équipe de 40 personnes, l'asbl couvre par son action tout le nord de la province du Luxembourg. Chaque année, elle draine plus de 350 participants à ses activités et elle permet la remise à l'emploi d'environ 15 personnes.

<sup>2</sup> La Conférence européenne de consensus sur le sans-abrisme a eu lieu dans le programme de la Présidence belge du Conseil de l'Union européenne les 9 et 10 décembre 2010 à Bruxelles.



## Réseau social + santé

Les travailleurs sociaux se sentent parfois bien démunis face aux pathologies de santé mentale des personnes en grande précarité, ce qui rend l'accompagnement délicat. En effet, la pathologie, souvent niée par le patient et non comprise par le travailleur social, peut être source de trop grandes sollicitations ou d'espérances déçues. Une meilleure compréhension de ces situations devrait permettre d'optimiser le travail de terrain. C'est ainsi qu'à Charleroi, une formation en santé mentale et une plateforme de coordination ont vu le jour à l'initiative des travailleurs et des services partenaires du Relais Social et du Relais Santé.

---

### Irène KREMERS

Médecin, coordinatrice du Relais Santé de Charleroi

---

C'est au sein de la coordination des travailleurs pour la santé du Relais Social de Charleroi qu'a pris corps l'évidente nécessité de créer un outil permettant aux personnes en situation de précarité sociale aiguë d'accéder aux soins de santé. En effet, les travailleurs sociaux se sentant démunis face aux problèmes de santé des usagers ont tiré la sonnette d'alarme et se sont mis au travail ensemble. Dès le départ, le travail en réseau est devenu une composante essentielle de l'action du Relais Santé qui a pu voir le jour grâce à une initiative de la Ministre Christiane Vienne dans le cadre du PST3<sup>1</sup>.

Rapidement, nous nous sommes rendu compte que, malgré les plaintes adressées aux professionnels de terrain, peu d'usagers s'adressaient au Relais Santé. Un véritable travail de réseau s'est alors mis en place via l'organisation de « permanences santé » dans les abris de nuit, dans les services d'accueil de soirée et via les « zonages » en rue afin d'aller à la rencontre des personnes désaffiliées, d'apprendre à les connaître et d'établir des liens de confiance avec elles. Nous avons constaté qu'une fois le contact établi, les habitants de la rue fréquentaient plus facilement le médecin, l'infirmière ou l'assistante sociale.

Les soins ne sont effectués ni en rue ni dans d'autres services. Nous défendons l'idée que « se soigner demande une mobilisation personnelle ». Notre démarche d'éducation à la santé insiste sur la conscientisation à son propre corps, trop souvent négligée, et sur la nécessité de lui accorder les soins nécessaires.

### Création, utilisation et renforcement d'un réseau de soin praticable pour nos usagers

Le rejet des services médicaux classiques est une expérience bien connue par nos patients qui, corolairement, négligent bien souvent leur santé. Leur apparence semble nous dire « *Ne me soignez pas ! Ne m'aidez pas ! Je n'en vaud pas la peine... et d'ailleurs, qui s'en soucie ?* »

Pensons, par exemple, à cet homme dont plusieurs travailleurs du réseau et plusieurs usagers nous avaient parlé. Il souffrait d'ulcères aux jambes infestés de « vers » et, malgré les conseils des éducateurs de rue, ne se décidait pas à se faire soigner.

Nous l'avons également rencontré en rue. C'est ainsi que, finalement, il s'est spontanément présenté au Relais Santé. Adoptant une attitude agressive, provocante et ambiguë, il utilisait un

vocabulaire et un ton des plus agressifs, se plongeait dans la lecture d'une revue pour ne pas entendre et pour ne pas parler. Au-delà de cette attitude, il était sale. Une odeur nauséabonde se dégageait de son corps et de ses pieds. Lorsqu'il a enfin accepté de montrer son ulcère, il a signalé : « *qu'il ramassait les vers à la cuillère* ». Nous avons été frappé également d'entendre combien il niait en bloc toute douleur.

Un traitement médicamenteux était nécessaire... « *Vous n'avez qu'à appeler les éducateurs de rue, ils iront les chercher pour moi !!!* ». A nouveau, il nous défiait. « *Soignez-moi, faites tout pour moi si vous voulez me guérir...* ».

Que faire pour qu'il se réapproprie son corps ? Le Dispositif d'Urgence Sociale du CPAS a accepté la prise en charge financière de son traitement tout en exigeant cependant qu'il se rende lui-même à la pharmacie.

Nous lui avons également proposé un bain et des vêtements propres. A notre grand étonnement, il a accepté immédiatement... avec le sourire ! Nous ne l'avons plus revu depuis, même pour ses soins. Sans doute à une prochaine occasion, le reverrons-nous. Rien n'est jamais gagné, la souffrance est trop profonde.

Nous accompagnons aussi nos patients lorsqu'ils doivent être hospitalisés. Ceci rassure tout autant l'usager que le prestataire de soins. Nous profitons de cette rencontre pour conscientiser les professionnels hospitaliers aux difficultés sociales et psychiques de la personne que nous accompagnons. Ces contacts permettent aussi d'essayer de préparer la sortie de l'hôpital afin d'éviter que notre patient passe sa convalescence en rue.

Une collaboration directe s'est également mise

en place avec la Structure d'Accueil Socio-Sanitaire du CPAS de Charleroi. Le SASS est un abri de nuit, destiné uniquement aux personnes fragilisées par des problèmes de santé, mentale ou physique, pour lesquelles la rue ou l'abri de nuit classique présente des dangers potentiels. Pendant la journée, nous accueillons ces personnes au Relais Santé avec un soutien individualisé et des conditions plus confortables de convalescence.

### Mieux accueillir les troubles de santé mentale

Nous sommes quotidiennement confrontés à des troubles de santé mentale sous des formes multiples et diverses : addictions, dépressions profondes paralysant toute initiative, psychoses ou encore « souffrance psychique d'origine sociale »<sup>2</sup>.

Toutes ces pathologies rendent le travailleur perplexe et l'accompagnement plus délicat. La formation en santé mentale (voir encart) organisée par le Relais Social tente de pallier ces difficultés par une meilleure compréhension de la problématique. De plus, des Plates-formes de coordination sont organisées au sein du Relais Social pour permettre la rencontre des travailleurs concernés par une situation particulièrement complexe<sup>3</sup>. Elles visent le renforcement d'un partenariat et d'un dialogue opérationnels et efficaces entre travailleurs issus des champs de la santé mentale et de l'action sociale. Tout en jonglant perpétuellement avec les notions de secret professionnel, de secret partagé et en évitant la contrainte ou le contrôle social, ils réfléchissent ensemble aux difficultés rencontrées, ils apprennent à mieux comprendre leurs fonctionnements respectifs et ils mettent en place des stratégies d'actions. ●

<sup>1</sup> Plan d'inclusion sociale « PST 3 » adopté le 19/10/2005 par le Gouvernement wallon.

<sup>2</sup> Selon l'expression de Jean FURTOS, Psychiatre français.

<sup>3</sup> Par exemple, le Comité de Concertation (rencontres trimestrielles 2010-2011). Par ailleurs, un projet de Relais en santé mentale, en tant que réseau de soins en santé mentale hors-les-murs, est envisagé au sein du Relais Santé de Charleroi.

<sup>4</sup> Ces constats figurent dans le rapport relatif à l'étude « Freins et facilitateurs à l'accueil, l'hébergement et le logement des personnes sans-abri » menée au sein du Relais Social de Charleroi par Marjorie Lelubre et financée par la Ministre Eliane Tillieux de la Région Wallonne. Voir bibliographie p.48, référence 37.

### Une formation en santé mentale pour les travailleurs sociaux du réseau

**Coralie BUXANT**, Chargée de projet,  
Relais Social de Charleroi

Des besoins :

Manque de connaissances, de bonnes pratiques et de référents en santé mentale

Le manque de ressources pour gérer de manière optimale les problématiques liées à la santé mentale des usagers est depuis longtemps et régulièrement mis en évidence par les travailleurs sociaux des services partenaires du Relais Social de Charleroi<sup>4</sup>. Ceux-ci n'ont pas reçu de formation spécifique dans ce domaine, manquent de connaissances théoriques et semblent parfois démunis quant à l'attitude à adopter face à une situation de crise, un refus de médication, etc.

Par ailleurs, ils ne savent pas quel professionnel de la santé mentale contacter en cas de besoin. Or, au sein de la population bénéficiant des services du Relais Social, plus de 30% souffriraient d'un trouble de la santé mentale (estimation confirmée par les statistiques nationales et internationales).

Une réponse :

Une formation construite en réseau

Le Relais Social de Charleroi a proposé une première réponse à ces besoins en mettant sur pied une formation en santé mentale destinée aux travailleurs du réseau.

Plutôt que d'engager un organisme formateur externe coûteux et peu sensible à la réalité concrète rencontrée par les travailleurs sociaux sur leurs terrains quotidiens, l'idée était d'instaurer et de dynamiser concrètement le lien entre les secteurs carolorégiens de la santé mentale et du travail social. Dans cette perspective, ont été constitués six binômes de formateurs composés chacun d'un professionnel de la santé mentale travaillant au sein d'un service partenaire du réseau et d'un travailleur social issu du réseau.

Grâce à une collaboration avec l'Intercommunale de Santé Publique du Pays de Charleroi (ISPPC), la participation à une formation existante (donnée à l'hôpital Vincent Van Gogh et destinée aux professionnels du secteur hospitalier) a pu s'organiser pour ce groupe de formateurs. Ensemble, ils ont ensuite adapté le contenu de cette formation au public composé des travailleurs sociaux. Ils ont également discuté et choisi des cas concrets connus du réseau pour illustrer la théorie.

Le double intérêt de ce modèle pédagogique est de permettre :

- ▶ la création d'un module original de formation, basé sur une formation existante, qui soit adapté à la réalité de terrain rencontrée par les travailleurs sociaux et donc directement applicable;
- ▶ des interactions directes avec les formateurs psychologues, s'engageant à devenir des personnes ressources à l'avenir.

Des résultats et des perspectives :

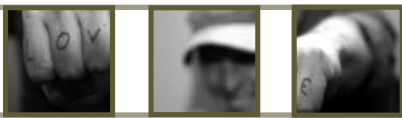
Apprendre des bonnes attitudes et travailler en inter-réseau

Un total de 73 travailleurs répartis en 6 groupes se sont inscrits à cette formation en 2010.

L'évaluation montre que la formation a largement répondu aux attentes des travailleurs sociaux. Elle a permis :

- ▶ une meilleure compréhension théorisée des pathologies mentales et troubles associés, y compris des notions de psychoéducation (considérées comme indispensables par les participants eux-mêmes, avant même d'envisager l'apprentissage de bonnes pratiques);
- ▶ un éclairage sur les bonnes pratiques et attitudes à adopter ;
- ▶ une possibilité d'échanger les expériences entre travailleurs inscrits dans les différents services;
- ▶ un accès à des personnes ressources dans le réseau de la santé mentale.

Cette formation de base sera prolongée en 2011 par un 2ème niveau qui devrait permettre l'apprentissage et l'exercice de savoir-être et de savoir-faire (jeux de rôles, analyse de cas rencontrés, etc.).



## De la rue au logis, l'IHP est un chaînon de réinsertion

Après des années d'errance, Gérard a pu se poser grâce au soutien du Siajef<sup>1</sup> et à l'encadrement de la Maison Communautaire<sup>2</sup>.

Son histoire nous montre comment le service met en place un tremplin vers l'autonomie en proposant une aide et des soins psychiatriques en milieu de vie qui peuvent être complétés par un accueil en habitation protégée.

---

**Christine CLAREMBAUX**, Directrice  
**Julien HUBERT**, Intervenant psycho-social  
Siajef, Liège

---

**D**epuis 1984, le Siajef s'applique à ce que la rupture sociale soit la plus courte possible pour l'usager et à ce que les contacts soient maintenus ou créés avec le milieu de vie. Le service met tout en œuvre pour répondre au plus vite aux besoins des usagers, là, où ils se posent, pour éviter au maximum l'exclusion sociale.

Les principes fondateurs du service sont : la territorialité, l'accessibilité, la disponibilité, l'adaptabilité, la globalité, la transdisciplinarité. Il est important pour nous d'essayer constamment de rester dans notre lignée philosophique et de maintenir nos principes fondateurs, tout en évoluant avec la réalité sociale, économique, culturelle, politique.

Le Siajef axe son action sur un territoire de référence de 28000 habitants. Cette délimitation territoriale permet au service d'être accessible à toute personne résidant sur le territoire et aux travailleurs de l'équipe d'être mobiles, disponibles, proches des usagers.

L'association propose de nombreux services aux usagers et parmi ces services un hébergement

communautaire dans le cadre d'une habitation protégée.

« Je suis content d'avoir enfin un logement, d'être au chaud, de me faire à manger... »

Gérard a 60 ans, il a passé son enfance en milieu familial, parmi une grande fratrie. A sa majorité, les liens familiaux se sont étioilés. Il s'installe seul dans un logement mais il a de grandes difficultés à tenir son logement dans un état correct. Il est colérique, agressif, impulsif. Il boit et sa consommation d'alcool prend de plus en plus de place, pour devenir excessive. Cette consommation entraîne des comportements toujours plus inadéquats (insultes, vociférations, cris, hurlements sur ses voisins, les gens qu'il croise dans la rue...) et le conduit en marge de la société, l'entraînant dans l'errance (la rue, les institutions psychiatriques...).

Gérard connaît de nombreuses hospitalisations. Lors de ses passages dans les hôpitaux, une remise en ordre administrative est réalisée et il est sous la tutelle d'un administrateur provisoire de biens. Il reçoit un traitement médicamenteux pour réguler son humeur. Ces éléments lui permettent de se stabiliser, de trouver un travail, un logement.

Mais sa consommation d'alcool et la non-compliance au traitement entretiennent ses comportements d'irritabilité, d'agressivité et de révolte et le renvoient vers le chemin de l'errance. Les années qui suivent sont faites d'allers-retours dans la rue, les institutions psychiatriques, les maisons d'accueil... Son comportement lui vaut d'être rejeté, exclu par un grand nombre de personnes, d'institutions. Les propriétaires ne veulent plus lui louer de logement car il est reconnu comme une personne atypique, colérique, irascible.

Durant ces périodes où il n'a plus de domicile, Gérard se constitue un réseau d'aide et de soutien, composé de différents services d'urgence (sans logis, abris de nuit, services socio-sanitaires, œuvres de charité...). A plusieurs reprises, il est orienté vers le Siajef, via les intervenants des hôpitaux psychiatriques, des structures psychosociales. La demande de départ était un suivi dans le milieu de vie, avec une recherche de logement. L'idée d'un soutien supplémentaire via la Maison Communautaire (habitation protégée) n'avait pas encore mûri. Une des difficultés au départ était que Gérard n'était pas demandeur d'aide. Tout au plus, à cette époque, il passait à l'accueil-permanence du service pour donner des coups de téléphone pour chercher un logement. Le succès ne fut pas au rendez-vous, les ruptures de contact étaient nombreuses et il repartait chaque fois dans la rue.

L'alcool et ses comportements inadéquats entraînaient de plus en plus de conflits avec les intervenants, les personnes qu'il rencontrait. Tout cela renforçait chez lui un sentiment de révolte contre la société en général. Nous n'avons plus eu de nouvelles pendant quelques mois. Puis, vers le mois d'avril, les intervenants psychosociaux des structures d'urgence recontactent notre service et nous informent que Gérard est plus ouvert à l'idée d'être suivi dans le milieu de vie chez nous. S'ajoute que, tout en étant toujours dans la rue, il s'est relativement stabilisé. Il prend un traitement médicamenteux régulièrement, se rend quotidiennement dans une structure d'accueil socio-sanitaire où il y reçoit des soins, peut se laver, faire son linge, recevoir une écoute. Les partenaires psychosociaux des différents services d'urgences sociales ont réussi à créer un lien avec lui, à le soutenir et à l'accompagner vers notre structure. De notre côté, nous avons toujours maintenu le contact avec les différents partenaires et sommes restés disponibles pour l'accueillir.

Cette co-construction a pris plusieurs mois. L'aide et les soins psychiatriques dans le milieu de vie tels que définis par le service, demandent de la part des intervenants de se mettre à côté de la personne, de respecter son rythme, d'ajuster son mode de travail.

Un des travailleurs émet alors l'idée d'accueillir Gérard au sein de la Maison Communautaire, tout en poursuivant le travail d'accompagnement dans le milieu de vie. L'ensemble de l'équipe n'était pas persuadé de la pertinence de ce projet. En effet, son comportement inadéquat et sa consommation d'alcool restent un frein notamment pour cohabiter avec les autres résidents. Après un débat en réunion d'équipe, l'ensemble des travailleurs opte pour tenter de mettre en place ce projet au sein de l'habitation. Le constat est qu'en effet, un encadrement même minimum reste indispensable puisque l'on sait que Gérard a chaque fois perdu ses logements. Nous mettons cependant en avant le fait que Gérard a pu se maintenir à travers les contacts établis avec les différents services d'urgences sociales depuis un peu moins d'un an. Son comportement n'est plus non plus celui d'une personne vociférant envers tout et tout le monde.

Gérard accepte de participer à la mise en place d'un projet global via le Siajef et la Maison Communautaire. Durant le mois d'août, les rencontres se multiplient afin de préparer ce projet. Les contacts sont pris avec son administrateur provisoire de biens et maintenus avec les partenaires des services des urgences sociales. L'objectif est de définir ensemble qui fait quoi, jusqu'où, etc., pour soutenir Gérard tout au long du processus de mise en place du projet.

Gérard et son référent au sein du service, le responsable de la Maison Communautaire, se rencontrent pour présenter le projet de suivi dans le cadre de l'habitation. Une convention de 6 mois est signée, celle-ci pourra être renouvelée en fonction des évaluations. Décision est prise aussi de ne pas rompre brutalement le contact avec

l'ensemble des intervenants. En effet, Gérard avait « pris ses habitudes » et il ne nous semblait pas opportun d'opérer une rupture trop brutale. Gérard a intégré la Maison Communautaire en septembre. Pendant quelques semaines, il a continué à fréquenter les structures des urgences sociales (son seul réseau). Des concertations ont eu lieu avec les différents intervenants afin de pouvoir reprendre complètement son suivi au Siajef.

Toujours en accord avec lui, des soutiens ont été mis en place : passages réguliers de son référent et des collègues du Siajef, passages réguliers des travailleurs de l'habitation, mise en place d'un service d'aides familiales, de repas à domicile et, en parallèle, apprentissage de la réalisation des repas, inscription dans une Maison Médicale et contacts réguliers avec le médecin généraliste. A cela s'ajoute la gestion et la prise du traitement au Siajef et les consultations avec un médecin psychiatre pour adapter et évaluer son traitement.

Depuis son arrivée au sein de la Maison Communautaire et au Siajef, Gérard continue à se stabiliser, il modère sa consommation d'alcool, il arrive à faire le lien entre sa prise de médicaments et une diminution de ses problèmes relationnels avec l'entourage. Il respecte les règles de l'habitation. Son état physique s'est amélioré. Il se dit heureux de pouvoir se poser, d'avoir un logement, son logement, de s'ancrer quelque part. A l'heure actuelle, à la demande de Gérard, une recherche pour des activités de loisirs, de type socio-culturelles est mise en place.

Cette pratique de travail rentre dans une logique de continuité de soins, de construction de réseaux et de décloisonnements. Le développement et l'évolution des différents projets à travers l'histoire de notre service ont abouti à une collaboration, une coordination très proche (entre l'habitation protégée et le Siajef) et ont permis une pratique commune ayant comme objectif de servir au mieux la population du territoire de référence.

Nous tentons de démontrer qu'à partir du moment où l'on investit dans l'organisation de services

d'aide et de soins psychiatriques dans le milieu de vie, où l'offre de dispositifs d'insertion sociale est diversifiée (socio-professionnelle, socio-culturelle, aides familiales, de logement, de soin...), le recours à l'hospitalisation devient plus rare, les périodes d'hospitalisations plus courtes.

Réfléchir à la notion de référent/ de référence (territoire, travailleur référent entre autres) et la mettre en lien avec la continuité de soins et la création de réseaux pour l'ensemble des usagers, en particulier pour les personnes les plus préca-risées, pose la question de l'accessibilité des soins de santé mentale dans le milieu de vie.

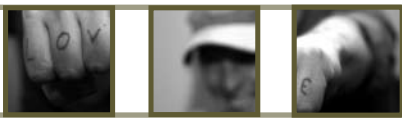
L'enjeu de cette réflexion est de permettre aux usagers une accessibilité, une continuité de soins de santé mentale dans le milieu de vie afin qu'ils puissent se loger, entretenir des relations familiales, amicales, de voisinage, se former, travailler, accéder aux loisirs et à la culture. Ce sont là des vecteurs élémentaires, certes, mais dont ils sont souvent privés.

La construction d'une structure intégrée d'aide et de soins psychiatriques dans le milieu de vie permet un agencement de services plus cohérents. Offrir une multitude de services, être le plus proche possible de la population avec laquelle nous travaillons, permettre aux usagers de vivre dans leur milieu de vie, de les intégrer comme citoyens dans la communauté, impliquent que la notion de référent/ de référence soit multifactorielle.

Travailler avec un ensemble d'acteurs dans et hors champ de la santé mentale, permet de diminuer les moments de crise en utilisant plusieurs ressources. Pour cela, il est important d'ouvrir et de garantir un cadre d'écoute, d'expression équitable à l'ensemble de ces acteurs. Ceux-ci pourront alors se relayer et mettre en place des interventions plus ou moins intensives en fonction de la situation vécue par les usagers afin de les soutenir et de les maintenir dans leur milieu de vie. ●

<sup>1</sup> Service intégré d'aides et de soins psychiatriques dans le milieu de vie, Service de santé mentale à Liège.

<sup>2</sup> En 1989, le Siajef a ouvert une Maison communautaire pour un public plus déficitaire, reconnue comme IHP en 1991.



## Marcher sur des œufs

En tant que « référente hospitalière pour la continuité des soins », notre interlocutrice ne peut passer à côté de situations d'errance. C'est en rencontrant ces personnes en souffrance qu'elle a appris son métier qu'elle ne peut exercer, aujourd'hui encore, qu'en tissant des liens avec la personne elle-même, avec ses collègues de l'hôpital et avec les partenaires du réseau.

Rencontre avec **Charlotte DUCROTOIS**,  
Référente hospitalière pour la continuité des soins,  
Hôpital psychiatrique St Jean de Dieu, Leuze en Hainaut

Un entretien réalisé par **Christiane BONTEMPS**, IWSM

**E**n toile de fond de l'échange, *Joseph, un patient avec son histoire et son parcours, un de ces patients avec lesquels on apprend le métier... à condition de « marcher sur des œufs » ! C'est une maison d'accueil qui nous l'envoie, débordée par ses comportements et ses problèmes d'alcoolisme, ingérables dans une communauté de vie...*

*Vous accueillez parfois des personnes qui viennent de la rue ?*

A St Jean de Dieu, il n'y a pas vraiment de service d'urgence, les gens n'arrivent pas directement de la rue, ils nous sont habituellement adressés en 2<sup>ème</sup> ligne par d'autres hôpitaux ou, le plus souvent, par des maisons d'accueil. Mais nous en voyons, régulièrement, ça oui, qui sont passés par la rue.

Voilà plus de 10 ans que ma fonction de « référente pour la continuité des soins » me conduit dans cet entre-deux entre l'hôpital et l'extérieur. Il s'agit de préparer la sortie. Alors quand il n'y a pas de domicile, il y a nécessairement du boulot !

Pour Joseph, comme pour d'autres, l'hôpital est un lieu d'accueil, un asile au sens noble du terme... Ils en ont besoin parce que la liberté a un prix, je pense notamment à ce qu'elle coûte en termes de souffrance. L'hôpital est là pour panser les plaies, celles de l'âme et du corps... C'est un lieu privilégié pour se poser un moment. Nous mettons l'accent sur la rencontre, la parole, parce que ces patients-là, ils n'ont l'habitude ni de parler, ni d'être écoutés.

*Dans quelle perspective travaillez-vous ?*

Dès l'arrivée, on prépare la sortie... et cela peut prendre du temps. C'est le cas de Joseph. Il avait un métier qu'il n'exerçait plus depuis des années... Grâce à une formation à l'AWIPH et un stage en entreprise, il a repris progressivement place dans le monde du travail. Père de famille, il a aussi pu, avec l'aide du SAJ, récupérer en partie la garde de ses deux adolescents placés en institution. Un travail de longue haleine mais qui en vaut la chandelle ! Et qui se prolonge - si besoin - bien au-delà de l'hospitalisation, naturellement, parce qu'on a tissé des liens et qu'on s'est engagé vis-à-vis du patient et des partenaires. C'est le « 107 » avant la lettre !

La question du domicile a toujours fait couler beaucoup d'encre au sein de l'hôpital. Historiquement, les patients pouvaient être domiciliés chez nous ; plus maintenant. On essaie, dans ce cas, de trouver une adresse via la famille ou un CPAS de référence. On travaille avec les familles, s'il y en a une, avec les CPAS aussi et le plus souvent les maisons d'accueil avec qui des conventions de collaboration ont parfois été établies pour soutenir la continuité des soins. On travaille également avec les services de santé mentale mais ce n'est pas toujours possible de mettre en place des relais. *J'accompagnais Joseph à domicile mais je trouvais important qu'il ait aussi « un lieu de parole bien à lui ».* J'avais donc établi un contact avec un service de santé mentale et je l'ai accompagné au 1<sup>er</sup> rendez-vous mais il n'est jamais allé au 2<sup>ème</sup>... Nous ne sommes pas dans la même dynamique. Je crois que ces patients ont besoin d'une accessibilité et d'une proximité que ne peuvent pas

toujours offrir ces services. Pas facile non plus de « transférer le transfert ». Peu importe où l'accrochage se fait, l'essentiel est de ne pas casser le fil rouge qui s'est tissé.

*Initiative personnelle ou politique institutionnelle ?*

Personnellement, il faut y croire, c'est sûr, et s'y engager au quotidien ! Mais c'est aussi une nouvelle culture hospitalière, différente... qui fait tache d'huile. De plus en plus, les soignants sortent de l'hôpital. Ils se rendent compte que la réalité du dehors n'est pas celle du dedans et que, pour certains patients, on travaille pour rien si la continuité des soins n'est pas mise en place.

Au sein de l'hôpital, le travail est pluridisciplinaire. Je coopère avec toutes les équipes, sans être en 1<sup>ère</sup> ligne. Nous sommes deux référentes à Saint Jean de Dieu, pour 180 lits. On nous appelle lorsque la situation exige notre intervention (là où un travail intensif est nécessaire), le plus souvent dans les 15 jours qui suivent l'admission. En tant que référentes, nous suivons en moyenne 40 situations qualifiées de complexes et de longue durée. Difficile de dire combien d'entre elles correspondent à des situations d'errance... mais il y en a, des hommes et des femmes qui, parfois, comme Joseph, s'en sortent, mais ce n'est malheureusement pas toujours le cas...

*Comment réagissez-vous quand on parle de « psychiatisation des cas sociaux » ?*

Cela m'irrite ! Il n'y a pas « le social » d'un côté et « le psy » de l'autre, les deux sont entremêlés. On ne peut se limiter à regarder la personne sous un seul angle, quel que soit l'endroit où elle se dépose. Mon métier est de faire du lien entre ces dimensions et pas de les saucissonner ! Si on met une dynamique en place à notre niveau, tout va pouvoir évoluer, le côté social s'améliore et aussi la dignité... Pour rendre la dignité à ces personnes meurtries, on ne peut que les écouter dans leur humanité, comme personne, et non comme un ensemble de problématiques à traiter... C'est sans doute là le travail le plus important... ●



# Des professionnels se rencontrent à la marge<sup>1</sup>...

Difficile de rester les bras croisés devant tant de souffrance qui pourtant ne s'exprime pas comme on l'apprend à la Faculté... Mobilisé de longue date pour défendre la cause de l'accès à l'aide et aux soins pour les moins munis, l'auteur nous fait part de son analyse, de ses convictions et des pratiques qui en découlent avec une évidence, qui, pourtant, ne va pas toujours « de soi »...

---

## Serge ZOMBEK

Psychiatre au CHU Saint-Pierre de Bruxelles  
Co-Président du SMES-B<sup>2</sup>

---

Mon propos ne se situera pas du côté de la « clinique » individuelle, mais plutôt du côté des conditions d'exercice de cette clinique, forcément individuelle. Il concernera les itinéraires qu'empruntent les usagers de nos services, leurs demandes et l'expression de leurs difficultés, au travers du lassis des institutions qui sont « payées », bien peu et de moins en moins je vous le concède, pour les accueillir, les soutenir, les accompagner, les soulager, les aider.

Le SMES-B est devenu la partie concrète, visible, d'une longue rencontre entre professionnels de la santé et du social, autour de ceux qui cumulent souffrances psychiques et grandes exclusions. Il s'agit d'une rencontre qui a produit, au fil des questions, des impasses, des collaborations, et des tensions aussi, la conviction qu'il est possible de dépasser, un tant soit peu, les limites qui semblent être posées par nos repères habituels, tels qu'ils nous sont enseignés à l'Université.

Précaution supplémentaire, mon propos s'appuie sur les seuls points de vue que j'ai la petite prétention de connaître sinon de comprendre un peu:

► La psychiatrie générale et sociale, exercée dans une institution hospitalière publique ;

► Le secteur de l'extrême drogue qui n'est pas sans nous en apprendre tous les jours sur les mystères de la médecine de l'âme. Je fais ici référence à l'accueil bas seuil et aux pratiques de réduction des risques lesquelles permettent l'approche d'usagers très problématiques mais non demandeurs de soins, une population qui ressemble comme deux gouttes d'eau à ces grands exclus rétifs à la prise en charge psycho-psychiatrique ;

Deux points de vue qui me confrontent très régulièrement au secteur social.

## Ces pratiques à la marge ont-elles changé le métier ?<sup>3</sup>

Mon impression est que la clinique des « grands exclus » n'est pas une clinique spécifique mais qu'il s'agit plutôt d'une clinique généralisante... et que ce serait plutôt les politiques de santé (et les politiques sociales) qui changent le métier des pys et des sociaux.

Quelques considérations et constats me font dire que le métier de psy est en train de changer sous la double conjonction de la précarisation des populations qui s'adressent à lui et des impératifs économiques qui pèsent sur le « marché du soins ».

Ce à quoi nous assistons à coup sûr depuis plus d'une décennie, c'est à l'augmentation très importante de la souffrance psychique des usagers des services sociaux, comme l'avaient travaillé nos collègues des CASG<sup>4</sup> en 1997 déjà, et comme en a témoigné le congrès de la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale<sup>5</sup>. On assiste ainsi à la lente dérive sociale de la patientèle des services psychiatriques des hôpitaux et des centres de santé mentale, et ce dans tous les quartiers de notre belle et riche capitale (laquelle comporte quand même plus de 20 % de chômeurs). Les hôpitaux, particulièrement les hôpitaux publics mais pas seulement, croulent financièrement sous

la demande de patients à découvert sur le plan assurantiel qui les amènent à développer des assistances sociales de plus en plus sophistiquées, donc de plus en plus coûteuses en ressource humaine, pour assurer la « régularisation » administrative de cette clientèle précaire.

## Santé et santé mentale devient un luxe

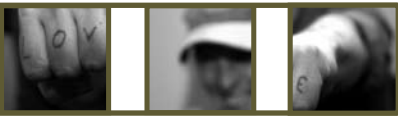
C'est le cas pour bon nombre de personnes qui tardent à se faire soigner. Au niveau des soins psychiques en effet, le rapport est depuis longtemps flagrant entre les « pauvretés » de tous ordres (pécuniaires, éducationnels et culturels) et « décrochages » sociaux et la survenue de troubles psychiques. L'accès aux soins pys est extrêmement sensible aux dimensions d'insertion et de niveau social. C'est particulièrement avéré en ce qui concerne le phénomène de dérive sociale des malades mentaux et, en miroir, l'accès très inégal aux soins psychiques pour les plus défavorisés. « Etre pauvre et malade », c'est vraiment ce qu'il y a de pire !

Les « pauvres » sont plus exposés aux stress « psychiques » (ce que l'on a coutume d'appeler les crises : crise du logement, crise de l'emploi, crise de la migration, etc.) que la population dite générale.

Les obstacles se sont multipliés, ces dernières années, qui empêchent les citoyens les plus défavorisés d'accéder à toutes sortes de services publics (apparemment plus pour tout public !). Ceci est d'autant plus vrai que ces ayant-droits cumulent des difficultés psychologiques ou psychiatriques.

## Services dits publics...

En ce qui concerne l'aide sociale, les procédures administratives sont tellement longues et complexes qu'elles découragent les plus « instables » et sont, parfois, quasiment impraticables.



Cela vaut également pour l'hébergement ou les logements sociaux : les personnes qui présentent des troubles psychiques ne sont pas les bienvenues ; leurs antécédents quand ils sont connus sont aussi réhabilités qu'un casier judiciaire bien chargé ; et on peut comprendre à quel point une équipe sous-staffée et isolée rechigne à prendre le risque d'un usager réputé problématique.

L'injonction « thérapeutique » sociale est également un grand classique qui plonge la personne qui présente un trouble psy et qui demande une aide sociale dans une situation de double contrainte : contrainte d'aller mieux avant de recevoir une aide sociale, sans laquelle, manifestement, elle peine à entreprendre la démarche thérapeutique nécessaire à l'obtention de cette aide, et vice versa. Tout se tient !

De son côté, les secteurs qui pourvoient en aide psy (le secteur ambulatoire comme le secteur (qui n'est plus toujours très) hospitalier) subissent de plein fouet les mesures de rationalisation d'une santé publique moderne et compétitive.

Malgré la mise en place depuis le début des années 90, dans le cadre de la grande réforme dite Busquin, des IHP<sup>6</sup>, des MSP<sup>7</sup> et autres dispositifs de placements familiaux, les soins « psychiques » des grands exclus sociaux laissent particulièrement à désirer.

En intra-muros, la psychiatrie aiguë, c'est-à-dire les courts séjours, la *fast psychiatry*, est financièrement favorisée alors que sont sanctionnés les séjours plus longs. Or toutes les études montrent que la précarité sociale allonge les séjours.

La fonction asilaire de l'hôpital a complètement disparu alors que les soins psys en hébergement social sont si difficiles à mettre en œuvre !

A tout cela s'ajoute la sur-spécialisation qui s'étend volontiers aux services de psychiatrie, laquelle privilégie les unités « thématiques » (dépression, psychoses, assuétudes, troubles alimentaires, labo sommeil, etc.) aux services de psychiatrie généraliste qui sont beaucoup plus

adaptés aux troubles composites ou atypiques des gens qui vivent l'extrême exclusion.

En extra-muros, la contrainte financière impose une organisation fondée sur le rendez-vous et sur la venue du patient dûment demandeur vers le thérapeute « fixé » à son bureau. Le psy n'est pas très mobile et lorsqu'il l'est, très généralement, c'est pour rendre une visite à un patient connu de longue date.

### ... et recours à l'urgence

Il n'est donc pas étonnant que ce contexte favorise le recours aux urgences. L'urgence, qui signe l'échec de ce qui a été et surtout de ce qui n'a pas pu être réalisé au long cours, devient la règle.

Or les urgences psychiatriques ici aussi, peinent de plus en plus à répondre aux très diverses demandes qui leur sont faites. Et ce malgré les nouveaux dispositifs qui tentent d'inverser la tendance. Je veux parler des postes de garde de médecine générale et, sur Bruxelles, de la ligne téléphonique Eole-Lien<sup>8</sup> ou de ce projet de Samu Psychiatrique.

Les demandes de mises en observation en urgence, placement d'office du patient récalcitrant, sont devenues une charge de plus en plus importante pour les services d'urgence. Malgré leurs efforts, ceux-ci deviennent, pour nombre de patients, une sorte de gare de triage alors qu'ils avaient eu l'ambition, dans les années 80, de promouvoir l'intervention de crise.

Aujourd'hui, la réponse à l'urgence, a fortiori celle des grands exclus si démunis au plan du soutien social, se résume à une orientation vers des services ambulants. Bon débarras ! Mais l'adresse (au sens littéral du terme) sans le viatique ne sera, seule, d'aucun secours.

### La sacro-sainte « demande » !

Un autre obstacle non négligeable se situe dans ce que l'on a appelé jadis l'analyse de la demande qui, aujourd'hui, dans une application stéréotypée

voire réflexive, cache bien mal sa fonction « défensive ».

Qui demande ainsi ? Le sujet (la personne elle-même), son entourage, son voisinage, la personne ressource (c'est une appellation a posteriori, puisqu'elle n'est ressource que si on daigne l'écouter) ?

A qui ? Sous-entendu, ce n'est pas ici, vous vous êtes trompés d'adresse !

Et qui entend la « non-demande en traitement » ?

La demande du sujet, le respect du sujet quant à la non-expression d'une demande, le respect quant à l'expression d'une non-demande, voilà où s'éteint très souvent l'interaction potentielle, voilà où s'ancre très fréquemment l'incompréhension entre les professionnels.

Et enfin, quel est le statut de la demande d'un professionnel en difficulté au contact quotidien d'un sujet en très grande souffrance ou simplement convaincu de la réalité d'un trouble « sans demande propre » ?

Or la demande est surdéterminée par l'offre, et la fragmentation des offres complique les demandes brutes, entières, que l'on ne pourra décoder que lentement, et que seul le professionnel de proximité que l'on convoque si rarement pourra éclairer, peut-être.

Balayons devant notre porte, nous les psys, car ainsi nous condamnons souvent la demande à s'exprimer mal, avec la violence de l'incompris qui interdit l'expression, ou à se taire.

### Rencontrer ces obstacles

A cette série impressionnante d'obstacles aux soins et à l'aide, ceux qui se rencontrèrent en 93, à la faveur d'un colloque organisé à Bruxelles sous l'égide du SMES<sup>9</sup>-Europa, décidèrent d'y répondre par une « simple mais évidente » posture : se tenir (ou se rendre) ensemble au « chevet » de la personne en grave difficulté, à l'intersection des champs de l'aide aux personnes, plutôt que de tenter de la persuader de se rendre

« là où ça doit se passer » généralement, et où l'utilisateur n'aboutit jamais ou jamais au bon moment.

## Le SMES-B était né

D'abord ce sera, entre quelques-uns : tel travailleur de rue, tel responsable d'hébergement, tel psychiatre de garde, tel médecin sans frontière, etc., que naîtra l'habitude de s'interpeller, de se rencontrer, d'échanger autour d'un « client », d'un « résident », de le rencontrer ensemble et de construire, lentement, au rythme de l'errance, malgré la discontinuité apparente, un réseau sur mesure.

Ensuite, il sera question de tenter de formaliser des méthodes pour ne plus être seul à accompagner le quotidien, pour le penser ensemble et proposer (ou parfois imposer aussi) le soin qui aide, l'aide qui soigne.

Parfois, il s'agira d'assumer ensemble la décision de la mise en observation non urgente vers une salle de soins psychiatriques dûment avertie.

En un mot : changer le métier, changer les perspectives et donc les réponses, et ce pour :

- ▶ Répondre au saucissonnage des aides, et mettre en réseau ;
- ▶ Éviter l'urgence et échapper à la logique de l'acte, au profit du forfait de longue durée ;
- ▶ Lutter contre l'immobilité (voisine de l'immobilisme), pour aller à la rencontre (*l'outreach* qui est coûteux et donc limité).

A l'isolement défensif des professionnels en leur secteur et à la spécialisation, le SMES a opposé l'intervision généralisante. Dès 2000, une fois par mois, 10 à 15 professionnels des deux ou trois bords se racontent des « histoires de problèmes », créent un espace pour là-bas et demain, apprennent des autres le « comment intervenir sans rompre le lien », « comment soigner à la rue, dans l'hébergement », « comment accueillir dans un centre de soins », etc.

## De fil en aiguille

Et comme pour certaines situations, cela ne suffisait pas à rencontrer les difficultés, depuis 2002, une équipe pluridisciplinaire s'est construite qui répond aux appels des collègues du secteur social ou de la santé mentale pour faire réseau autour du naufragé<sup>10</sup>, pour compléter le dispositif par une compétence jusqu'ici manquante parce qu'inaccessible et pour créer le lien manquant avec les partenaires les plus appropriés, les plus praticables.

Cette équipe, dotée d'une psychiatre et d'une infirmière ambulantes, peut certes intervenir « comme au bureau ». Elle est aussi en mesure d'établir, avec des secteurs jusqu'alors très imperméables comme des unités d'hospitalisation fermées ou des centres psycho-gériatriques, des collaborations fondées sur l'assurance d'un relais post-hospitalier.

Le succès de cette cellule, que l'on a baptisée « cellule d'appui », se fonde essentiellement sur les aspects suivants :

- ▶ Elle se déploie au travers des personnes de confiance de l'utilisateur ;
- ▶ Sa présence est potentiellement continue ;
- ▶ Elle dispense, au travers de chaque intervention, une formation continuée en santé mentale des partenaires qu'elle croise sur son chemin ;
- ▶ Elle peut, à la demande de certains, se poster en des lieux « stratégiques » par exemple lorsqu'une assistante sociale psychiatrique double la permanence dans un restaurant social.

## Est-ce cela « changer le métier » ?

Oui, si on cantonne le métier dans des traditions qui ne tiennent pas compte de l'évolution de l'environnement dans lequel on l'exerce ; non, si son adaptation à la problématique des usagers n'est rien d'autre que l'obligation de redéployer des moyens en fonction de leurs possibles plutôt que l'injonction qui leur serait faite d'entrer dans le moule.

Reste que les cadres qui réglementent l'exercice de nos métiers, les frontières qu'ils organisent entre des secteurs voisins et, de façon plus générale, la précarisation des secteurs de l'aide eux-mêmes

sont autant de conditions peu propices à la souplesse que réclame l'évolution des besoins.

A Bruxelles, un nouveau décret a été élaboré ces dernières années en COCOF<sup>11</sup>. Il s'agit d'un décret unique pour tout le secteur ambulatoire qui réunit les compétences des Ministres de la Santé et du Social. Ce décret comprend l'agrément de 13 réseaux « Social-Santé » et assortit les activités de chaque institution (150 sont concernées) d'une démarche, bizarrement appelée « démarche qualité », pour, entre autre, induire chez les acteurs de terrain une autoréflexion sur l'adéquation de l'offre et des besoins changeants de la population desservie.

Un décret qui pour certains risque de « changer le métier » en l'instrumentalisant en fonction des besoins de la cité, et, pour d'autres, un décret qui autorise les synergies et les transversalités.

Qui a peur de changer le métier ? ●

SMES-B  
Rue Haute, 322 à 1000 Bruxelles  
02/535 44 66  
administration@smes.be  
www.smes.be  
Coordination : 0474/96 30 40  
coordinationreseau@smes.be  
Cellule d'appui : 02/502.69.49  
cellulesmes@hotmail.com

<sup>1</sup> A partir d'une intervention au colloque présenté ci-dessous (voir note 3).

<sup>2</sup> Santé Mentale Exclusion Sociale – Belgique ; SMES-B est Lauréat du Prix Fédéral 2010 de Lutte contre la Pauvreté.

<sup>3</sup> Question soulevée par Jean Furtos, Psychiatre, Directeur scientifique de l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité (France), à l'origine du colloque : « Et si on changeait le métier ? », La Louvière, le 10 mars 2008, organisé dans le cadre d'une initiative conjointe de la Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale des Régions du Centre et de Charleroi (PFRCC) et du Relais Social Urbain de La Louvière, dans le cadre de leur projet commun SAMENTA (une recherche-action initiée pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé mentale pour le public louviers en grande précarité sociale - 2007-2008). Voir Confluences 19, pp.8-9.

<sup>4</sup> Centres D'Action Sociale Globale (Bruxelles).

<sup>5</sup> « Jusqu'ici tout va bien... Mouvements en Santé Mentale entre clinique, social et politique », Bruxelles, les 24, 25 & 26 mai 2007.

<sup>6</sup> Initiative d'Habitations Protégées.

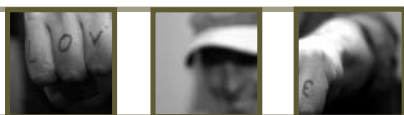
<sup>7</sup> Maison de Soins Psychiatriques.

<sup>8</sup> Voir I. Bergeret, B. Dispaux, A. Flausch, D. Montag & F. Verlinden, *Eole-LIENS, la clinique du travail en réseau*, Confluences 17, p. 14. Eole-Liens est un service d'aide par téléphone destiné au soutien des intervenants de 1ère ligne. Un projet semblable se développe actuellement dans le Sud du pays, en partenariat avec la Province et la Plate forme de concertation du Luxembourg et l'appui de l'IWSM, dans le cadre des projets Interreg soutenus par le FSE - Fonds social européen.

<sup>9</sup> Santé Mentale Exclusion Sociale.

<sup>10</sup> En référence à l'ouvrage de Patrick Declercq, voir bibliographie p.48, référence 10.

<sup>11</sup> Commission Communautaire Francophone.



# Les dispositifs de logement... adaptés<sup>1</sup> ?

Dispose-t-on d'un éventail suffisant de solutions pour l'accueil des personnes en souffrance psychique dans une situation de grande précarité sociale ? Un récent colloque transfrontalier a proposé un tour d'horizon de la politique d'accueil en matière de logements dans nos contrées. Constats et pistes de travail.

Synthèse réalisée par **Hélène CARPIAUX**, IWSM

Tout au long de l'année 2010, des travailleurs sociaux belges et français se sont rassemblés sous l'égide du programme INTERREG<sup>2</sup> afin d'aborder la question de la précarité et de la santé mentale. Parmi les dispositifs<sup>3</sup> recensés à partir de leurs pratiques professionnelles pour accueillir ces situations, ils distinguent trois niveaux d'accueil. Ceux-ci correspondent à des catégories de logements comparables - mais pas identiques - de part et d'autre de la frontière.

## Types d'accueil et catégories de structures<sup>4</sup>

Belgique	France
<b>1er niveau :</b> C'est l' <b>accueil</b> qui est déterminant. Il y a une notion d'urgence et une durée (très) limitée	
<b>Catégorie : Hébergement</b> Structures : Abri de nuit, Hôtel social, Maison d'accueil, Logement d'urgence, Communauté thérapeutique, Maison de Soins Psychiatriques.	<b>Catégorie : Urgence</b> <i>Il y a urgence en cas de risque vital et quand l'entourage et les professionnels n'ont pas pu intervenir en amont.</i> Structures : 115 (hébergement d'urgence), Accueil spécialisé, Logement d'urgence.
<b>2ème niveau :</b> C'est le projet d' <b>accompagnement</b> qui est déterminant. Le logement s'inscrit à titre transitoire (court ou moyen terme).	
<b>Catégorie : Logement</b> Structures : Logement de transit, Logement d'insertion, Appartements supervisés, Résidence service, Habitations protégées, Home, Maison de vie communautaire.	<b>Catégorie : Hébergement</b> <i>Situations ne présentant pas un caractère d'urgence.</i> Structures : Centre maternel, Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), Résidence sociale, Foyer Jeunes Travailleurs, Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) / Centre Provisoire d'Hébergement (CPH)
<b>3ème niveau :</b> L'environnement social et thérapeutique « protecteur » est déterminant. La prise en charge est plus globale et de <b>long terme</b> . Il s'agit d'un lieu que la personne peut investir et s'approprier.	
<b>Catégorie : Habitat</b> Structures : Projet pilote de co-logement (ou habitat solidaire semi-collectif), Accueil familial.	<b>Catégorie : Hébergement à plus long terme</b> Structures : Logement associatif, Résidence accueil, Maison Relais.

## Logement et/ou aide psychosociale ?

D'une manière générale, il n'y a que peu (ou pas) de « produits logement » adaptés pour un suivi psycho-social et peu de solutions de logement qui permettent une continuité dans la prise en charge.

En Belgique, les politiques de logement et d'action sociale sont cloisonnées : les briques d'un côté et l'aide aux personnes d'un autre. Les offres en matière de logement pour personnes en situation de précarité ne sont pas toujours adaptées à la précarité mentale.

### « Aller vers » ou « laisser venir » ?

En France, le toit trouvé se situe rarement dans une structure spécialisée capable de faire face aux besoins spécifiques des personnes en souffrance psychique. Il faut donc à chaque fois se faire aider par des structures extérieures (Centre médico-psychologique - CMP, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel - CATTP, hôpital de jour, ...). La personne doit sortir de son logement pour obtenir des soins ou réaliser des activités.

Chez nous, par contre, la tendance est de faire « rentrer » les professionnels à l'intérieur du logement. L'ouverture vers l'extérieur n'intervient que dans un second temps. L'autonomie se gagne peu à peu.

### Solution ponctuelle ou à long terme ?

Il n'y a pas ou peu de solutions pour le long terme. En Belgique, les « produits logement » sont essentiellement de court et de moyen terme.

En France, des formes proches de l'habitat sont plus nombreuses et plus souple sur la durée. La Maison Relais par exemple permet à la personne de choisir le moment qu'elle juge opportun pour quitter son logement, même si cette solution ne permet pas toujours d'envisager le long terme.

Il faut aussi savoir que les rechutes, régulières en santé mentale, mettent souvent en péril les solutions trouvées et accentuent la précarité.

### Recommandations en matière de logement

Dans la perspective d'améliorer l'existant, les recommandations suivantes ont été émises par les partenaires :

- ▶ Un encadrement sécurisant : Proposer un accompagnement médico-social soutenu, un logement à dimension collective, un référent santé de confiance et limiter les déménagements ;
- ▶ Plus de mixité et d'ouverture : Mélanger les pathologies, proposer des activités vers l'extérieur et travailler l'accueil de la personne dans son voisinage ;
- ▶ Un habitat à la carte : Envisager une durée à la carte, proposer divers « produits » logement au sein d'une même structure ;
- ▶ Préparer la sortie : Créer un partenariat formalisé mais non obligatoire avec la famille et, en cas de changement de logement, préparer la sortie avec la personne et l'aide du réseau.

Au jeu du profil idéal, les participants ont imaginé un logement qui évolue avec la personne et propose de nouvelles activités en fonction de l'évolution des besoins, qui laisse aussi une place aux familles qui sont accueillies et sensibilisées aux difficultés que peuvent rencontrer leurs proches; en un mot : un habitat au sens fort du terme, ouvert à l'entourage, avec un référent « affectif », qui s'inscrit dans la durée.

## Perspectives

A l'heure de la réforme 107 sur la désinstitutionnalisation de la psychiatrie, la question du logement adapté et de l'accompagnement est particulièrement cruciale. ●



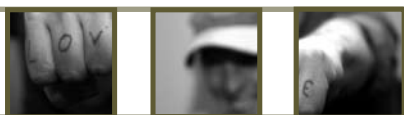
Marie-Françoise, Atelier des Artistes Anonymes, Clinique de Bonsecours

<sup>1</sup> L'article se réfère au Colloque « Précarité et Santé mentale : Quel accompagnement en matière de logement ? », qui s'est tenu le 30 novembre 2010 à Lille dans le cadre du projet européen Interreg IV, soutenu par la Région wallonne et Lille Métropole Communauté Urbaine.

<sup>2</sup> Un partenariat transfrontalier entre 4 associations : PACT Métropole Nord, AREAS Gens du Voyage et Roms migrants (côté français), RELOGEAS et Habitat et Participation (côté belge).

<sup>3</sup> Tous ces dispositifs peuvent accueillir des personnes en souffrance psychique mais ne leur sont pas nécessairement réservés.

<sup>4</sup> Voir les définitions sur le site du projet : <http://www.accompagnement-social.eu>.



## Le sans-abrisme féminin ou la femme « invisible »

Au-delà du phénomène en expansion du sans-abrisme féminin, il existe des spécificités liées au genre. Le sans-abrisme se vit différemment quand on est une femme. La rue reste un espace d'homme fait d'insécurité dans lequel elle développe des stratégies de survie comme ce phénomène d'« invisibilité ». Les femmes ne se retrouveraient pas non plus dans les systèmes classiques d'accueil et de soins, pas toujours adaptés à leur réalité<sup>1</sup>. C'est notamment ce que révèle une recherche-action<sup>2</sup> sur les femmes sans-abri à Charleroi .

---

Rencontre avec **Emmanuel CONDE**

Responsable du programme de Recherche-Action en Promotion de la santé  
Asbl Comme Chez Nous – Le Rebond<sup>3</sup>, Charleroi

---

Propos recueillis par **Hélène CARPIAUX**, IWSM

*Votre recherche confirme une augmentation du nombre de femmes à la rue. Pourquoi ? Quels sont les chiffres ?*

D'une manière générale, l'augmentation du sans-abrisme est en lien direct avec le contexte socio-économique d'un pays, mais pas seulement. Il y a les raisons familiales, la relation de couple, le déficit en éducation, etc.

La situation particulière de la femme dépend de tous ces facteurs, renforcés malheureusement par le statut de « femme » avec tout ce que cela implique. Les ruptures familiales ou conjugales sont les causes principales de l'errance. En réalité, le phénomène du sans-abrisme féminin a toujours existé.

Chez les femmes cependant, la population évolue différemment. Sur une fréquentation annuelle de l'asbl qui avoisine 600 personnes sans-abri ou mal logées, une sur cinq est une femme. Contrairement aux hommes, on constate un renouvellement de ¾ de la population chaque année. La plupart disparaissent en effet et sont remplacées par d'autres (dans une proportion qui reste relativement stable). Dire qu'il n'y a pas d'augmentation du nombre de femmes sans-abri

donnerait donc une vision tronquée des chiffres. On pourrait extrapoler ces chiffres aux autres services psycho-sociaux du territoire de Charleroi.

*Les femmes adoptent-elles un comportement différent des hommes en rue ? On parle notamment de phénomène d'« invisibilité »...*

Les femmes ont peur de la rue. Une peur justifiée qui déclenche des stratégies de survie bien connues. On les retrouve soit cachées dans des squats, chez des amis (ce sont les « invisibles »), soit chez un compagnon, engagée dans une relation pseudo-sentimentale.

Une des particularités de la femme en rue (celle qui est visible) est qu'elle est très souvent accompagnée d'un homme, la plupart du temps un compagnon de fortune. Cela relève plus d'un besoin de protection (l'illusion d'être en sécurité au flanc d'un gros bras) que d'une expression sentimentale vraie. Notre recherche sur le sujet est édifiante. En rue, trois hommes sur quatre sont célibataires alors que plus de quatre femmes rencontrées sur cinq (83%) sont en couple. En réalité, ce chiffre est à relativiser car on est loin d'une vie de couple comme on l'imagine dans la

conscience collective. L'écoute, le respect, le soutien mutuel auxquels on pourrait s'attendre sont absents dans la majorité des cas et, pis, ce besoin naturel de sécurité et de protection a un prix, celui des soumissions et des humiliations. Le phénomène le plus inquiétant reste le risque de grossesse et donc de naissance dans un contexte chaotique.

*Les femmes adoptent-elles une attitude différente à l'égard des services sociaux et de santé mentale ?*

On peut clairement parler, dans la plupart des cas, de comportement volontaire d'éviction des services et lieux « mixtes ». Une attitude justifiée par la peur et l'histoire personnelle de chacune, ses rapports aux hommes, la peur du jugement etc. Une situation qui entraîne une sous-estimation du phénomène de sans-abrisme féminin, puisque les statistiques sont basées, et ce n'est pas une critique, sur « le nombre d'utilisateurs effectifs » d'un service, c'est-à-dire celles ou ceux qui poussent la porte des services. Généralement elles en font une utilisation « à la carte » et évitent si possible de rester longtemps au même endroit.

Quant à la santé mentale, elle doit être vue dans un cadre plus global du fait de sa complexité. En effet, elle peut être tant la cause que la conséquence de la situation dégradante des personnes en rue, tout sexe confondu, mais cette affirmation est particulièrement vraie pour les femmes. Neuf femmes rencontrées sur dix sont en état de souffrance psychique (un retard mental, des troubles psychologiques et ou des troubles psychotiques délirants). Ce qui reste un chiffre impressionnant. Leur affect a une place importante dans l'expression ou l'exacerbation de ces souffrances et la séparation avec leur progéniture (placement d'enfants) reste un facteur non négligeable.

*Au regard de ces observations, quelles aides, préventives et curatives, proposer ?*

Il n'y a pas de recette miracle, cela dépend du contexte, de la problématique ET... de la volonté de la femme elle-même ; chaque situation est un cas à part. Certaines femmes sont disposées à recevoir une aide assistée ponctuelle ; d'autres préfèrent vivre dans l'illusion ou la fuite des responsabilités. Sont-elles encore capables de prendre soin de leur santé lorsque tous les repères sont déréglés ?

La plupart des structures d'accueil sont conçues autour de l'accueil des hommes car le sans-abrisme a longtemps été associé au sexe masculin. Ils sont majoritaires et plus visibles. L'offre de services n'est pas adaptée à la spécificité de la femme, à commencer par l'hygiène. Elles viennent une à deux fois, puis elles ne s'y retrouvent pas. Les femmes sont méfiantes, elles ont besoin de plus d'attention et de temps pour se confier. Elles sont aussi très sensibles au regard des hommes.

Une des pistes avancées à la suite de notre recherche fut la création d'un espace destiné aux femmes et à leurs demandes. « Fleurs du bien »<sup>4</sup>, n'est pas un service social, c'est plutôt un local

pour femmes mettant plus l'accent sur des éléments comme l'expression, la confiance en soi que sur la recherche à tout prix de solutions « urgentes ». La construction reste endogène grâce à la dynamique « positive » du groupe.

*En matière de santé mentale, quelles sont les grandes conclusions de votre recherche ?*

La santé mentale n'était pas notre hypothèse de recherche. Toutefois, au cours du travail exploratoire, elle s'est imposée comme un élément incontournable. Les femmes, tout comme les hommes, que nous côtoyons au quotidien n'ont pas bénéficié à un moment crucial de leur développement psycho-affectif, des équipements nécessaires.

Il est vrai que trouver une prise en charge ambulatoire efficace pour une population en errance reste la principale difficulté évoquée par le professionnel. Que peut-on faire à ce niveau ? L'absence de lien familial, le refus/la peur des structures d'aide, les dépendances affectives, la récurrence des problèmes et le contexte environnemental constituent des freins réels.

Une des recommandations adressées aux professionnels de première ligne serait sans doute

de les exhorter à avoir une attention toute particulière sur le genre « féminin » dans le traitement de la demande ; s'autoriser à aller « au-delà » de la première demande. Bien souvent les femmes ne se livrent pas tout de suite lors d'un premier contact ; au contraire des hommes, plus spontanés.

Il nous semble important d'avoir une approche différenciée pour l'accueil des femmes car il y a derrière chaque regard une grosse souffrance psychique cachée ou méconnue dont il faut tenir compte dans la relation. ●

<sup>1</sup> Ce thème s'est retrouvé sur les bancs du Parlement wallon ce 23 décembre suite à une question orale de MME Meerhaeghe à MME Tillieux, Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances sur « le sans-abrisme au féminin ». Compte rendu sur : [http://nautilus.parlement-wallon.be/Archives/2010\\_2011/CRIC/cric70.pdf](http://nautilus.parlement-wallon.be/Archives/2010_2011/CRIC/cric70.pdf). La Ministre Eliane Tillieux précise que « Des structures d'hébergement existent déjà pour les femmes en grande précarité. Sur les 7 abris de nuits agréés par la Région wallonne, 2 sont consacrés aux familles, les autres proposent des chambres séparées pour les hommes et les femmes. Sur les 53 maisons d'accueil agréées, 17 accueillent spécifiquement des familles, 11 des hommes seuls, les 35 autres maisons sont réservées aux femmes avec enfants.

<sup>2</sup> Recherche-action en Promotion de la santé, commanditée par la Communauté française, sur la vie affective et sexuelle des femmes en errance dans l'entité de Charleroi. Une Recherche de l'asbl « Comme chez nous – Le Rebond », réalisée par Emmanuel Condé. 2010.

<sup>3</sup> Maison d'accueil pour personnes sans-abri et mal logées à Charleroi, ouvert 7 jours sur 7, de 9 à 16h30.

<sup>4</sup> Cette initiative s'appuie sur la recherche-action. Il s'agit d'un espace réservé aux femmes. « Fleurs du bien » réunit plusieurs fois par semaine un groupe de femmes vivant l'expérience de la précarité pour leur permettre de vivre leur féminité dans un cadre sécurisé et sécurisant, entre elles. C'est une activité du volet « insertion sociale » de l'asbl.

### A voir... ou à lire : « Un monde sans fous ? » ou la dérive de la psychiatrie

Le reportage s'ouvre sur une tombe, celle d'un homme de 42 ans mort dans la rue, faute d'avoir trouvé un lieu où vivre sa schizophrénie. Une entrée violente pour parler de la folie et des failles de la prise en charge. Comment en est-on arrivé là ? Quelles politiques médicale, sociale, judiciaire et économique sont à l'œuvre dans cette exclusion ? La psychiatrie est-elle une discipline normative ou humaniste ? A l'heure du tout au sécuritaire et du tout mesurable, c'est à ces questions que répondent les témoignages et les entretiens de ce documentaire.

Qu'est-ce qu'un soin psychique ? Peut-on traiter la maladie mentale comme toute autre pathologie ? Pourquoi tant de grands malades échappent au soin, au point où on les retrouve massivement dans la rue ou en prison ?

Ce documentaire, ainsi que l'intégrale des entretiens réalisés dans ce cadre, peut être consulté en ligne sur le site : [www.psymages.be](http://www.psymages.be). Cette enquête, remarquablement bien menée, a également fait l'objet d'une publication : Un monde sans fous ? Aux éditions Champ Social dans la collection : Collectif psy, en 2010.



## L'exil immobile :

### Arrière-plan de la santé mentale chez les « habitants de la rue »

L'errance fragmente toujours plus le corps et la capacité à entrer dans des échanges constructifs. Ces dernières années, la complexité des situations nous montre combien les relégations vers l'intervention sociale d'urgence marquent les difficultés des services spécialisés dans l'aide et le soin aux personnes en grande précarité. La nouvelle formation « Santé mentale en contexte social : Multiculturalité et Précarité » de l'UCL nous interroge sur la capacité à « aller vers » ces personnes, à aménager nos pratiques, à les nourrir de débats démocratiques.

---

**Emmanuel NICOLAS**, Anthropologue (LAAP, UCL)

Formateur « Santé mentale en contexte social : Multiculturalité et Précarité »<sup>1</sup>,  
Coordinateur de l'abri de nuit Dourlet, Charleroi

---

Nos villes sont le théâtre de nouvelles formes de précarité. Dans les interstices urbains (squats, sas de banques, parkings, ...) se lovent autant de personnes dont les situations se substituent aux noms. Errance, itinérance, exclusion, précarité, ... sont des concepts qui mettent en mouvement les personnes amenées à habiter l'antichambre de nos grandes villes<sup>2</sup>. L'aide sociale urgente qui y est développée tente de réduire les risques du sans-abrisme.

#### Sophie, Kamel et les autres

Chaque soir, l'abri de nuit devient en quelque sorte un médiateur social entre la « ville nue<sup>3</sup> » et la ville instituée. Dans ce lieu se médiatise l'aide et se dépose la souffrance sociale dans toute sa complexité.

Quand Jonathan, Kamel, Sophie et Luc se posent autour de la tasse de café, c'est une parole silencieuse qui se déploie au sujet de ce qui fabrique la précarité.

Jonathan est arrivé un soir très affaibli et mutique. Un long séjour en institution spécialisée n'a fait qu'accroître des comportements agressifs. Ses parents ne veulent plus l'aider. Jonathan a le sentiment de ne plus être désiré là où il se pose. Victime et auteur d'une violence qu'il ne sait plus

contenir, il est ballotté d'institutions en institutions.

Assise en face de lui, Sophie le regarde, les yeux dirigés vers son ventre qui s'arrondi. Contre l'avis des médecins, elle veut garder le bébé qui répare un long parcours dans la consommation de drogues et des abus successifs vécus depuis la plus tendre enfance.

Kamel a atterri en Belgique un peu par hasard. Voulant fuir un contexte social difficile dans le pays d'origine, il a traversé la Méditerranée à la recherche de petits boulots. D'abord saisonnier dans une grosse exploitation agricole en Espagne, il s'est dirigé vers un autre eldorado plus au nord. Pris dans une survie au quotidien, il n'a eu comme autre choix que de servir de rabatteur pour un dealer qui le maltraite lorsqu'il ne peut pas suffisamment vendre.

Luc est en pleurs. Il a perdu son emploi, sa maison, sa famille, dans une série de ruptures successives et inhérentes à la fragilité des liens.

Les mots se font tantôt rares ; parfois, ils sortent comme des vomissements accompagnés de larmes. Le discours porte l'incohérence du contexte et du moment. Jonathan, Kamel, Sophie et Luc se collent ainsi les uns aux autres.

Cette « scène » classique dans un abri de nuit souligne comment se superposent et se collent

les traumatismes du passé et de la vie en rue. Habiter la rue se fait par défaut de lieux et de temps où s'engager et participer à la vie de la cité.

La peur du lendemain fragilise et crée des systèmes de relégation. La violence des liens entre les habitants de la rue cristallise la capacité à (se) faire confiance. Certains errent dans les rues à la recherche d'on ne sait quoi, probablement de la sécurité. Ils s'engluent<sup>4</sup> corps et âme dans une solitude profonde, signe d'une participation « inactive » parce que contrainte par l'inhumanité. Tel un vécu d'impasse subjective, une forme d'auto-exclusion et de déshabitation de soi s'articulent avec une anesthésie corporelle. La défonce au quotidien fragmente toujours plus le corps et la capacité à entrer dans des liens d'échanges constructifs.

D'autres développent cependant des ressources résiduelles, des capacités sur fond de détresse à faire émerger l'humain dans ces situations où l'exclusion (litt. « être enfermé dehors ») et l'exil (litt. « mise hors lieu ») font loi. Parmi ceux-ci, quelques-uns aménagent les lieux de la rue et les organisent avec des objets concrets dont la position et la nature sont fonction d'un imaginaire affectivisé, forme de traces de la personne elle-même. C'est le cas d'Anaïs, une jeune fille à l'âge incertain, qui a investi la rue depuis près de quinze années. Accompagnée de ses gros sacs, elle occupe l'espace et glane des papiers, des jouets, des petits cadeaux reçus ça et là qu'elle va déposer dans un squat. A son bras, un gros nounours souillé lui sert de compagnon de route surtout lorsqu'elle s'endort.

#### Une clinique de la proximité

En tant qu'intervenants sociaux de première (dernière) ligne, nous ne pouvons faire l'économie d'un débat autour des questions de santé mentale



chez les habitants de la rue. Ces dernières années, la complexité des situations nous montre combien les relégations vers l'intervention sociale d'urgence marquent les difficultés des services spécialisés dans l'aide et le soin aux personnes en grande précarité.

C'est ainsi que l'âge moyen des personnes en demande à l'abri de nuit s'abaisse avec l'arrivée de nouveaux publics. Des jeunes en situation d'exil comme Kamel viennent s'ajouter aux nombreux jeunes d'origine belge. Il est difficile pour les institutions telles que les services d'urgence sociale de relayer ces demandes vers les structures d'hébergement dites « classiques ». Celles-ci, probablement à juste titre, évoquent des difficultés à accueillir plus de jeunes au risque de créer de trop grands déséquilibres. Le constat est en effet que ceux-ci sont pris dans des logiques de défoncé et des conduites à risques avec des escalades de violence. Les logiques de défiance envers l'institutionnel appuient la méfiance réciproque. Les équipes se disent « usées », trop imprégnées par la peur d'une « jeunesse de la rue » qui ne peut s'émanciper en dehors du système « rue ». Le désétayage de la réalité sociale fait partie intégrante d'un processus de désaffiliation avec ses ruptures successives et ce qu'il conviendrait d'appeler une surcharge mentale.

Néanmoins, ces jeunes nous questionnent sur notre propre violence : celle qui émerge parce que nous manquons de lits disponibles, de services qui propose des soins à domicile pour une personne qui a pris le temps d'expliquer qu'elle est à la rue depuis 9 mois, ... Que dire aussi d'une structure « spécialisée en santé mentale » lorsqu'elle envoie une personne dans un abri de nuit pour la punir d'avoir tenté de mettre le feu à sa chambre ? Comment calmer sans trop de peurs une personne en rage d'une rupture familiale, sous l'effet d'alcool, ... ?

Ces questions nous invitent sur la capacité de juger<sup>5</sup> et d'accepter ce qui se passe devant nos yeux. De bonnes pratiques émergent d'une

clinique de la proximité où le corps peut être réinvesti comme porte d'entrée à une certaine conception de la santé mentale. Il ne s'agit pas d'inclure (litt. « empêcher de sortir ») mais de travailler à développer une certaine capacité de faire confiance, de sortir de l'anesthésie mentale ou de la honte d'être soi pour enclencher un processus phorique.

### **La formation continue « Santé mentale en contexte social : Multiculturalité et Précarité »**

La clinique ne peut aussi s'abstenir d'une compréhension des phénomènes sociaux qui produisent la souffrance et la marge sociales ni s'abstenir d'une légitimation des pratiques de réduction des risques et encore moins d'un questionnement sur les valeurs qui portent les actions. Autrement dit, nous avons à nous interroger sur la capacité à « aller vers » ces personnes, à aménager nos pratiques, à les nourrir de débats démocratiques.

La formation continue « Santé mentale en contexte social : Multiculturalité et Précarité » illustre combien il est important de déplacer le centre de gravité<sup>6</sup> de nos pratiques et référents cliniques pour appréhender autrement la complexité des situations d'exils et de vulnérabilités sociales qui se présentent à nous ; combien aussi il est important de créer des ponts entre les champs d'intervention psycho-médico-sociale pour engager un savoir et des actions.

Cette formation vise à réduire les écarts entre les personnes les plus vulnérabilisées et les institutions en valorisant une approche transdisciplinaire impliquant travailleurs sociaux, cliniciens, anthropologues, sociologues, criminologues et autres intervenants de l'action communautaire. Pendant une année, chaque vendredi après-midi, les trente participants sont initiés à d'autres représentations de la maladie et du soin avec la volonté de renforcer des compétences au sujet des systèmes de références, des logiques et des styles de vie des jeunes et

des familles exilées, précarisées, aux prises avec des conduites à risques. Les éléments de compréhension et d'ouverture sur les mondes sociaux et les itinéraires des personnes (dans leurs souffrances mais aussi dans leurs bricolages identitaires) participent, dans une logique de co-construction des savoirs, à adapter les cliniques de terrain. La participation active aux 32 séminaires et la réalisation d'un travail exploratoire d'enquête sur son propre terrain d'intervention donnent aux participants la légitimité d'un savoir engagé et nourri de ces dialogues transdisciplinaires et intersectoriels. La qualité des intervenants et leurs interactions avec les participants constituent des réseaux de re-connaissances au bénéfice des utilisateurs des services et des intervenants. Lors d'un séminaire particulièrement interactif, le professeur Jean Furtos a témoigné à plusieurs reprises combien cette interaction avec les participants venait enrichir sa propre clinique.

La complexité des situations qui se vivent quotidiennement dans nos institutions, les effets d'une modernité qui fragilise et insécurise davantage les plus vulnérables poussent les organisateurs de la formation à envisager une deuxième année<sup>7</sup> pour renforcer les concepts acquis. En effet, face aux effets de la précarité, de l'errance affective, de l'(auto) exclusion, des conduites à risques, ... , le réseau que constitue la formation veut s'engager à être un moteur de changement face à ce qui constitue « l'exil immobile » ●

<sup>1</sup> Certificat universitaire organisé conjointement par le Laboratoire d'Anthropologie Prospective de l'UCL (LAAP) et le SSM « Le Méridien », en association avec l'APSY, l'École des Sciences Politiques et Sociales (PSAD), le LAGIS et l'IUFUC <http://www.uclouvain.be/formation-continue-mentale>.

<sup>2</sup> Les villes de taille moyenne connaissent les phénomènes décrits, ce qui a motivé la Région Wallonne à créer des Relais Sociaux dans ces villes.

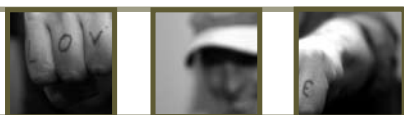
<sup>3</sup> Pour Michel Agier, « la ville nue » renvoie en partie à la « vie nue », en ce sens que l'expérience concrète, vécue, de ce qu'est la vie nue (la survie biologique en dehors de toute reconnaissance d'une biographie sociale, locale, politique) se réalise nécessairement dans un espace spécifique, ou dans une multitude d'espaces qui opèrent une mise à l'écart ». Voir bibliographie p.48, référence 1, p. 19.

<sup>4</sup> Sylvie Quesemond Zucca parle d'asphaltisation pour décrire ce mouvement vertical où les personnes en grande fragilité perdent la capacité à rebondir. In : Je vous salis ma rue : Clinique de la désocialisation, Paris, Ed. Stock, Coll. Un ordre d'idées, 2007.

<sup>5</sup> Dans le sens « donner un avis sur ».

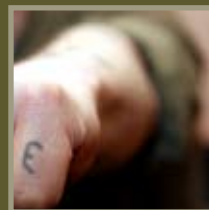
<sup>6</sup> Le terme « gravité » est pris dans les deux sens : avoir la capacité à déplacer son point de vue et avoir la capacité de regarder ce que développent les personnes en grande précarité.

<sup>7</sup> Accessible à l'ensemble des participants qui ont suivi l'année de formation.



## Repères et références bibliographiques

1. Agier M., *Esquisses d'une anthropologie de la ville : lieux, situations, mouvements*. Louvain-la-Neuve, Ed. Academia Bruylant, 2009
2. Anzieu D., *Créer, détruire*. Paris, Dunod, 1996.
3. Avalosse H., *Inégalités sociales de santé en Belgique : des chiffres indéniables. Observations à l'aide des données mutualistes*. Dans : *Revue belge de Sécurité Sociale*, 1er trimestre 2009
4. Bresson M., *Le Lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence*. Dans : *Cahiers internationaux de sociologie*, février 2003
5. Brodier A. (coord.), von Bueltzingsloewen I., Eyraud B. et al., *Lyon-Vulnérabilités 20ème siècle. Projet de recherche ANR-MIRE, 2009-2011, ISH-LHARA-CNRS*
6. Callon M., Lascoumes P., Barthe Y., *Agir dans un monde incertain : essai sur la démocratie technique*. Paris, Seuil, 2001, coll. *La Couleur des idées*
7. Cantelli F., Génard J.-L. (coord.), *Action publique et subjectivité*. Paris, LGDJ, 2007
8. Castel R., *Les Métamorphoses de la question sociale*. Paris, Gallimard, 1995 (coll. Folio)
9. *La Consultation des personnes sans logement 2010. Rapport présenté dans le cadre de la Conférence européenne de consensus sur le sans-abrisme les 9 et 10 décembre*. En ligne : [www.bapn.be](http://www.bapn.be)
10. Declerck P., *Les Naufragés : avec les clochards de Paris*. Paris, Plon, 2001
11. Demarest S., Drieskens S., Gisle L. et al., *Health Interview Survey Interactive Analysis. Health Interview Survey, Belgium, 1997-2001-2004-2008*. Brussels, Scientific Institute of Public Health - Unit of Epidemiology, 2008
12. Dewey J., *Le Public et ses problèmes*. Pau, Editions Farrago, 2003
13. Dozon J.-P., Fassin D., *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*. Paris, Editions Balland, 2001
14. *Les Effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. Article paru dans le dossier Souffrance et Société*. Dans : *Mental'idées*, n° 11, septembre 2007
15. Ehrenberg A., *La Société du malaise*. Paris, Odile Jacob, 2010
16. Freud S., *Le Malaise dans la culture*. Paris, Presses Universitaires de France, 2004
17. Furtos J., *Contexte de précarité et souffrance psychique : quelques particularités de la clinique psychosociale*. Dans : *Soins Psychiatrie*, n° 204, septembre-octobre 1999
18. Furtos J., *La Souffrance psychosociale : regards de Jean Furtos*. Dans : *Santé conjugulée*, n° 48, avril 2009
19. Furtos J., *Souffrir sans disparaître*. Dans : Furtos J., Laval Ch., *La Santé mentale en actes: de la clinique au politique*, Toulouse, Erès, 2005
20. Furtos J., Laval Ch., *L'Individu post-moderne et sa souffrance dans un contexte de précarité : introduction à une clinique de la disparition*. Dans : *Confrontations Psychiatriques*, n° 39, 1998
21. Furtos J., Laval Ch., *La Santé mentale en actes : de la clinique au politique*. Toulouse, Erès, 2005, coll. *Etudes, Recherches, Actions en Santé Mentale en Europe*
22. Furtos J., Laval Ch., Murard L. et al., *Elus des villes et santé mentale*. Dans : *Rhizome*, n° 24, 2006
23. Furtos J., Lazarus A., Martin J.-P. et al., *Ethique de l'intervention : conflits de légitimités*. Dans : *Rhizome*, n° 17, 2005
24. Furtos J., Micoud A., Pages A. et al., *Ruralité et précarité*. Dans : *Rhizome*, n° 28, 2007
25. Green A., *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, les Editions de Minuit, 1983, coll. *Critique*
26. Helmer C., Montagnier D., Peres K., *Epidémiologie descriptive, facteurs de risque, étiologie de la dépression du sujet âgé*. Dans : *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement*, vol. 2, 2004
27. Ion J. (dir.), *Le Travail social en débat(s)*. Paris, La Découverte, 2005 (coll. *Alternatives sociales*)
28. Ion J. et al., *Travail social et souffrance psychique*. Paris, Dunod, 2005
29. Ion J., Laval Ch., Ravon B., *Politiques de l'individu et psychologies d'intervention : transformation des cadres d'action dans le travail social*. Dans : Génard J.-L., Cantelli F. (dir.), *Action publique et subjectivité*. Paris, DGLJ, 2007
30. Kessler R. C., *The Epidemiology of Dual Diagnosis*. Dans : *Journal of Biological Psychiatry*, 56 (10)
31. Lascoumes P., Galès P., *Sociologie de l'action publique*. Paris, Armand Colin, 2007, coll. 128
32. Laval Ch., *Des psychologues au front de l'insertion : entre souci clinique et question sociale*. Toulouse, Eres, 2009
33. Laval Ch., *L'Extension de la clinique au sein du dispositif RMI*. Dans : Ion J. et al., *Travail social et « souffrance psychique »*. Paris, Dunod, 2005
34. Laval Ch., *Précarisation et santé mentale*. Dans *Séminaire « Santé, précarité, précarisation »*. INSERM, nov. 1997
35. Laval Ch., Furtos J., *Santé mentale et exclusion*. Dans : *Psychiatrie*, n° 195, décembre 1996
36. Laval Ch., Ravon B. (eds.), *Réinventer l'institution*. Dans : *Rhizome*, n° 25, décembre 2006
37. Lelubre M., *Freins et facilitateurs à l'accueil : l'hébergement et le logement des personnes sans-abri. Rapport de l'étude menée au sein du Relais Social de Charleroi*
38. Lorant V., *Inequalities and equities in mental health and care*. Louvain, UCL, 2002
39. Lovell A. M., *Substances psychoactives : troubles psychiatriques et grande précarité*. Marseille, INSERM, 2005
40. *Précarité et Santé mentale : quel accompagnement en matière de logement ? Colloque qui s'est tenu le 30 novembre 2010 à Lille dans le cadre du projet européen Interreg IV, soutenu par la Région wallonne et Lille Métropole Communauté Urbaine*.
41. Quesemand-Zucca S., *Je vous salis ma rue : clinique de la désocialisation*. Paris, Stock, 2007, coll. *Un ordre d'idées*
42. *Report on analysis of survey on the link between poverty and mental health problems», HHE, octobre 2010*.
43. Roussillon R., *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris, Presses Universitaires de France, 1999
44. *La Souffrance psychosociale : regards de Jean Furtos*. Dans : *Santé Conjugulée*, n° 48, Avril 2009
45. Soulet M.-H., *La Vulnérabilité comme catégorie de l'action publique*. Dans : *Pensée Plurielle*, n° 2, 2005
46. Willems S., *Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique*. Dans : *Santé Conjugulée*, n° 40, avril 2007
47. Zenoni A., *Traitement de l'Autre*. Dans : *Préliminaire*, n° 3, 1991
48. Zombek S., *Dérive sociale et santé mentale : 15 ans de travail du SMES-B*, [s.d.], 6 p.
49. Zombek S., *Santé mentale et précarité : l'herbe est plus verte à l'intersection !*, [s.d.], 6 p.



## Institut Wallon pour la Santé Mentale

### L'ÉQUIPE

**Direction** Christiane Bontemps **Coordination des projets** Marie Absil, William Bodson, Espérance Delvaux, Christine Gosselin, Myriam Jourquin, Marie Lambert, Pascal Minotte, Annick Van den Bossche **Documentation** Delphine Doucet **Communication** Sylvie Gérard, Hélène Carpiaux **Accueil, secrétariat, logistique** Françoise André, Séverine Dupont, Muriel Genette.

### LES ADMINISTRATEURS

● Micky Fierens – LUSS (Ligue des Usagers des Services de Santé) ● Luc Fouarge – LNH (Ligue Nationale pour personnes Handicapées et services spécialisés) ● Chantal Gelders – Psytovens ● Denis Henrard – FIH (Fédération des Institutions Hospitalières) ● Liliane Leroy – FCPF-FPS (Fédération des Centres de Planning Familial des F.P.S.) ● Thierry Lottin – Cobéprivé (Confédération belge des établissements privés de soins de santé) ● Stéfan Luisetto – Fédito Wallonne (Fédération des intervenants en toxicomanie en Région wallonne) ● Michèle Mabile – LWSM (Ligue Wallonne pour la Santé Mentale) ● Michel Thiteux – FSPST (Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques) ● Francis Turine – PFC Namur ● Maryse Valfer – APOSSM (Association des Pouvoirs Organisateurs de SSM en Wallonie) ●

### CONFLUENCES

«Confluences» est la revue de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale. Elle s'adresse à tous ceux qui y interagissent et, au-delà, à tous ceux qui s'intéressent aux questions de santé mentale.

Trois fois par an «Confluences» propose un dossier thématique et donne un écho de l'actualité dans le secteur, en Wallonie ou ailleurs.

Les colonnes de «Confluences» vous sont ouvertes pour partager votre expérience, témoigner de votre pratique, donner une information, soulever une question,... Et susciter le débat.

Vos propositions à [confluences@iwsmb.be](mailto:confluences@iwsmb.be).

- ▶ Les articles publiés dans « Confluences » n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs
- ▶ Les textes parus dans «Confluences» peuvent être reproduits avec l'accord préalable de l'IWSM moyennant mention de la source.

### CONDITIONS D'ABONNEMENT

- ▶ 25 € pour l'abonnement "standard" (3 nos par an).
- ▶ 40 € pour l'abonnement "plus" qui vous donne, en outre, accès aux informations qui circulent au sein de l'association.
- ▶ 75 € pour l'abonnement "de soutien", si vous êtes prêts, en plus, à encourager le projet associatif.
- ▶ Conditions spéciales pour les affiliés des membres de l'Institut.

L'abonnement prend cours dès réception du paiement au compte n° 068-2330070-60 de l'IWSM.

Merci d'indiquer sur votre bulletin de versement votre nom, vos coordonnées et la mention «Confluences».

Renseignements :

IWSM ☎ 081/ 23 50 15 ✉ [iwsmb@iwsmb.be](mailto:iwsmb@iwsmb.be)

A découvrir aussi, nos articles en ligne sur : [www.iwsmb.be](http://www.iwsmb.be)

### LES RENDEZ-VOUS DE CONFLUENCES

Envie d'en savoir plus ? D'approfondir la réflexion d'un dossier ? D'interpeller un auteur ?

«Les rendez-vous de Confluences» vous invitent, dans la foulée de la publication, à rencontrer les auteurs du dossier et à échanger, de vive voix, vos approches, vos points de vue, vos expériences...

Une rencontre conviviale pour mieux se connaître et poursuivre, ensemble, une réflexion en santé mentale.

Renseignements ☎ 081/ 23 50 15 ✉ [iwsmb@iwsmb.be](mailto:iwsmb@iwsmb.be)



# INSTITUT WALLON POUR LA SANTÉ MENTALE

## **L'Institut Wallon pour la Santé Mentale, asbl**

est un organisme d'information, de recherche et de réflexion en santé mentale. Il bénéficie du soutien de la Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances et du Ministre de l'Emploi et de la Formation de la Région wallonne.



Avec le soutien du Cabinet de la Ministre de la Santé,  
de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances

Institut Wallon pour la Santé Mentale, asbl  
Rue Henri Lemaître, 78 B - 5000 Namur - Belgique  
( +32(0)81 23 50 15 ☎ +32(0)81 23 50 16  
confluences@iwsm.be - iwsm@iwsm.be  
[www.iwsm.be](http://www.iwsm.be)